И. Г. Вермель

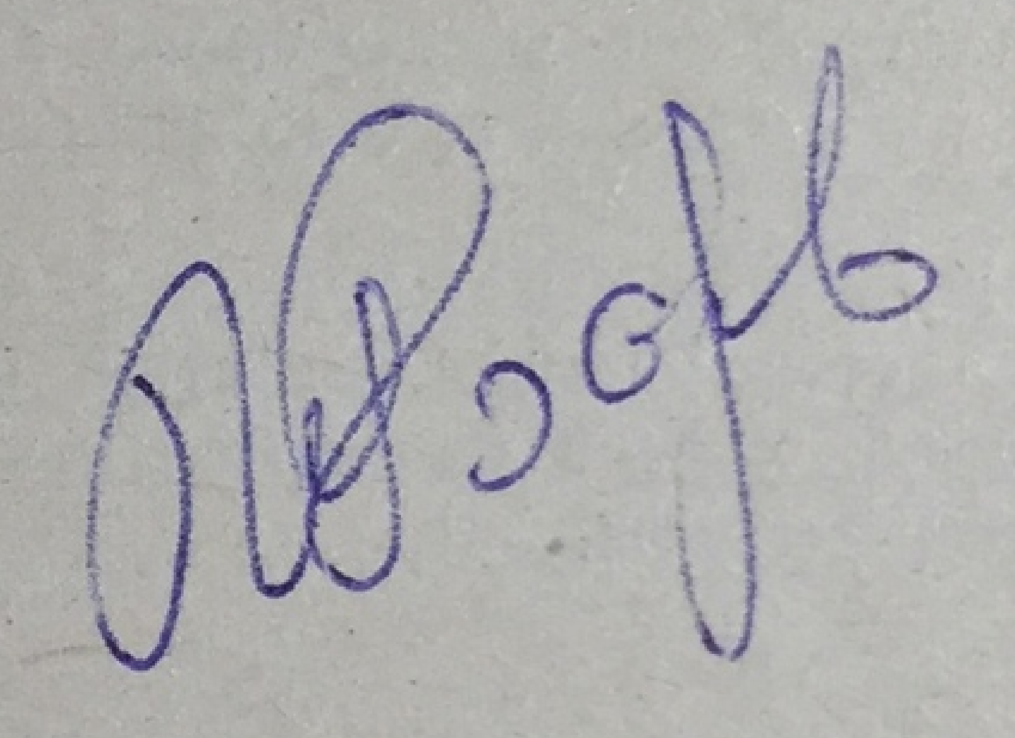
# Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях

Медицина 1974

И. Г. ВЕРМЕЛЬ

# Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях

*(по делам о правильности действий медицинских работников)*






Москва «Медицина» 1974

УДК 340.6:16

Настоящая работа имела целью выявить в экспертных заключениях ошибки, обусловленные несоблюдением требований логики. Для этого были изучены материалы 450 судебно-медицинских экспертиз по делам о правильности действий медицинских работников.

В книге дается анализ экспертных дефектов, вызванных незнанием логики. На примерах из практики показаны различные формы нарушения требований основных законов логики: законов тождества, непротиворечия, исключенного третьего и достаточного основания. Разобраны многочисленные логические ошибки, связанные с нарушениями правил доказательства. В случаях, где это было возможно и целесообразно, наряду с демонстрацией ошибок приведены примеры правильных ответов.

Предпринята попытка использовать положения логики в процессе построения экспертного заключения. Разработана схема составления заключения, основанная на логически оправданной последовательности ответов.

Книга предназначена для судебно-медицинских экспертов и врачей других специальностей, принимающих участие в работе судебно-медицинских экспертных комиссий, а также для работников суда и прокуратуры.

В $\frac{54 \cdot 444}{039(01)-74}$ 273·74

## СОДЕРЖАНИЕ



*ВЕРМЕЛЬ ИЗРАИЛЬ ГАМШЕЕВИЧ*

**Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях**

Редактор *Б. С. Свадковский*

Художественный редактор *Л. Д. Бирюкова.* Корректор *Т. И. Антонова.*
Техн. редактор *Т. В. Яковлева.* Обложка художника *А. Э. Казаченко.*

Сдано в набор 4/IX 1973 г. Подписано к печати 10/XII 1973 г. Формат бумаги 84×108/32. Печ. л. 2,0 (условных 3,36 л.), 3,79 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 4000 экз. Т—17959. МН-73.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.
Типография издательства «Волгоградская правда». Волгоград. Привокзальная площадь. Заказ 288. Цена 39 коп.

## ВВЕДЕНИЕ

Судебно-медицинская экспертиза состоит из двух основных этапов. Первый этап — исследование, в ходе которого эксперт всесторонне изучает объект экспертизы, при необходимости производит эксперименты и в итоге устанавливает определенные факты. На втором этапе эксперт осмысливает полученные факты и, основываясь на них, формулирует свои выводы.

Но если вопросам методики различных видов судебно-медицинских исследований и анализу дефектов, возникающих в ходе исследований, посвящено довольно большое количество работ, то ошибки, происходящие в процессе мыслительной деятельности эксперта, представлены лишь в единичных работах (Ю. П. Шупик, 1965; И. Г. Вермель, 1965, 1967). Между тем судебно-медицинские эксперты, за редким исключением, не знакомы с основами формальной логики, что приводит к появлению дефектных, порой совершенно нелепых с точки зрения логики экспертных заключений.

Настоящая работа и посвящена анализу той группы экспертных ошибок, которые обусловлены несоблюдением требований логики.

Объектами исследования послужили документы 450 судебно-медицинских экспертиз по делам о правильности действий медицинских работников. В выборе объекта изучения решающее значение сыграло то обстоятельство, что эти экспертизы относятся к одному из наиболее сложных видов судебно-медицинских исследований.

В работе дается подробный анализ экспертных дефектов, вызванных незнанием логики. Отдельно рассматриваются нарушения требований основных законов логики и дефекты, связанные с нарушениями правил доказательства. В случаях, где это было возможно и целесообразно, приведены примеры логически правильно составленных ответов.

Кроме анализа прямых логических ошибок, предпринята попытка использования положений логики в процессе построения экспертного заключения. Отсутствие четких, научно обоснованных рекомендаций по составлению заключений при судебно-медицинской экспертизе правильности действий медицинских работников также является одной из причин того, что в определенной части случаев экспертные выводы являются дефектными. На некоторые недостатки судебно-медицинских заключений по «врачебным делам» указывали Ю. П. Эдель (1956, 1957), Я. С. Смусин (1963), Ф. Ю. Бердичевский (1966) и другие авторы, но вопросами построения экспертных заключений они не занимались.

В работе приведены отдельные положения формальной логики, знание которых совершенно необходимо для понимания сути демонстрируемых логических ошибок.

Автор далек от мысли, что данная работа свободна от недостатков, поэтому все пожелания и критические замечания будут приняты им с благодарностью.

# I.

## ДЕФЕКТЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯМИ ТРЕБОВАНИЙ ОСНОВНЫХ ЗАКОНОВ ЛОГИКИ

Мышление человека по своему содержанию является отражением материальной действительности. В нашем сознании отражаются не только явления, доступные непосредственному наблюдению, но и то, что непосредственному восприятию не поддается. В этой особенности мышления заключена возможность «отрыва» мысли от действительности, возможность искаженного отражения материального мира. Для получения истинных знаний наше мышление должно протекать по определенным законам, изучаемым логикой. Энгельс писал: «Если наши предпосылки верны и если мы правильно применяем к ним законы мышления, то результат должен соответствовать действительности...»[1].

Законы и правила логики имеют силу объективных законов потому, что мышление человека только в том случае верно отражает материальный мир, если отражает также свойства, связи и отношения предметов и явлений окружающей действительности. «Законы логики суть отражения объективного в субъективном сознании человека», — писал В. И. Ленин[2]. Законы логики отражают объективно существующую необходимую связь между явлениями, поэтому их нельзя ни отменить, ни нарушить. Могут быть нарушены лишь требования, вытекающие из логических законов.

Основных законов логики четыре: тождества, непротиворечия, исключенного третьего и достаточного основания. В этих законах находят свое отражение существенные свойства предметов и явлений объективной действительности: свойства качественной определенности, относительной устойчивости, всеобщая причинная связь явлений. Соблюдение требований основных законов ло-

---

[1] Энгельс Ф. Анти-Дюринг. М., Политиздат, 1970, с. 344.
[2] Ленин В. И. Философские тетради. Соч., Изд. 5-е, т. 29, с. 165.

гики делает наше мышление определенным, последовательным, непротиворечивым и обоснованным. Это необходимые свойства правильного мышления.

Однако нередко требования основных законов логики нарушаются, и это влечет за собой нечеткость и неопределенность мысли, противоречия между отдельными утверждениями, необоснованные и ошибочные высказывания. Пренебрежение требованиями логических законов в экспертных заключениях приводит к появлению неверных выводов, за которыми могут последовать и судебные ошибки.

Рассмотрим нарушения требований основных законов логики в экспертных заключениях более подробно.

Любые предметы, явления или процессы окружающего нас материального мира обладают относительной устойчивостью, постоянством, качественной определенностью. Поэтому наши мысли о тех или иных элементах окружающей действительности также должны быть определенными, должны отражать именно тот предмет (тот процесс или явление), о котором мы думаем, а не какой-либо другой.

Это требование и выражает закон тождества, который формулируется следующим образом: «Всякая мысль тождественна сама себе», или «тождественные мысли не различны, различные мысли не тождественны».

Закон тождества направлен против нечеткости, расплывчатости, неконкретности мысли, но на практике встречаются нарушения требований этого закона. Во многих случаях эти нарушения связаны с тем, что одинаковые мысли могут быть выражены разными словами, а слова, имеющие одинаковое звучание (омонимы), могут выражать разные мысли. Неумелое использование таких слов искажает мысль, затрудняет ее понимание, приводит к заблуждению. В судебно-медицинской практике нарушения требований этого закона могут иметь место в заключениях, когда эксперты, говоря о какой-то определенной болезни, употребляют несколько терминов, обозначающих разные патологические процессы.

Мальчик С., 14 лет, находился 12 дней на стационарном лечении по поводу сотрясения головного мозга. Выписан в удовлетворительном состоянии. Через 13 дней после выписки из больницы почувствовал себя плохо. Осматривавший мальчика врач Щ. поставил диагноз посттравматической энцефалопатии. На следующий день

мальчик был направлен в больницу, где умер через несколько часов. Клинический диагноз: сотрясение мозга после ушиба головы. Менингит? Патолого-анатомический диагноз: ушиб головы, осложненный энцефалитом. В экспертном заключении написано:

«Данные судебно-медицинского и судебно-гистологического исследований трупа мальчика С., а также сведения из истории болезни, указывающие на острое развитие заболевания, сопровождающегося высокой температурой, наличием мозговых явлений (тошнота, рвота, головные боли и т. д.), свидетельствуют о том, что смерть мальчика С. последовала *от острого геморрагического энцефалита*...

При осмотре мальчика С. врачом Щ., который учел наличие у него в прошлом травмы, диагноз *посттравматической энцефалопатии* был поставлен правильно.

Что касается его срочной госпитализации, то состояние мальчика С. не внушало возможности серьезных осложнений и, следовательно, позволило врачу Щ. не госпитализировать его. В настоящем случае имела место диагностическая ошибка, следствием которой явилась несвоевременная госпитализация больного».

Анализируя это заключение, можно видеть, что о характере заболевания эксперты высказывают две разные мысли. Вначале они утверждают, что мальчик болел острым геморрагическим энцефалитом, а затем заявляют, что у мальчика имелась посттравматическая энцефалопатия (поскольку диагноз посттравматической энцефалопатии «был поставлен правильно»).

В результате такой неопределенности и непоследовательности из заключения невозможно понять, были ли у мальчика оба названных заболевания или только какое-то одно из них. В конце заключения указывается, что врачом Щ. была допущена диагностическая ошибка, но этот вывод находится в противоречии с утверждением о правильности диагностики.

В приведенном примере отождествлялись различные мысли. В следующем примере ошибка состоит в том, что различаются и противопоставляются тождественные мысли.

Гр-н Р., 26 лет, подобран на улице и доставлен в больницу в состоянии тяжелого алкогольного опьянения, без сознания, с резаными ранами предплечья и кисти. После хирургической обработки ран больной был отправлен в отделение милиции, но минут через 30 в связи с тяжестью состояния работниками милиции вновь доставлен в больницу. Отмечались запах алкоголя изо рта, резкая бледность кожных покровов, холодный пот, не-

произвольные мочеиспускание и дефекация, расширенные зрачки, артериальное давление 50/0 мм рт. ст. Проводимое лечение — внутривенные вливания жидкостей, введения сердечных, промывание желудка, переливание 150 мл крови, инъекции стрихнина, лобелина—оказалось неэффективным, и через $9^1/_2$ часов после поступления в больницу Р. умер, не приходя в сознание. Клинический диагноз: резко выраженная алкогольная интоксикация. При судебно-медицинском вскрытии трупа с последующими гистологическим и судебно-химическим исследованиями клинический диагноз был подтвержден. На вопрос о правильности диагностики эксперты отвечают:

«Причиной смерти Р., по мнению комиссии, явилась алкогольная интоксикация, и, таким образом, диагноз потерпевшему Р. дежурный врач П. поставила правильно. Она недооценила, однако, степень отравления алкоголем. Комиссия считает нужным отметить, что дифференциальный диагноз между *алкогольной интоксикацией и опьянением* представляется чрезвычайно трудным и не всегда доступным для обычных методов врачебного обследования».

Противопоставление алкогольной интоксикации и опьянения неосновательно. Совершенно очевидно, что прием алкоголя вызывает интоксикацию той или иной степени в зависимости от дозы, индивидуальной чувствительности к алкоголю и других факторов. Клинически эта интоксикация проявляется состоянием опьянения. Не может быть алкогольной интоксикации без опьянения, так же как не может быть алкогольного опьянения без интоксикации. Разрывать, а тем более противопоставлять указанные понятия нельзя. Верным был бы ответ, что врач П. правильно определила у Р. наличие алкогольного опьянения (или алкогольной интоксикации), но недооценила тяжесть его состояния и степень опасности интоксикации для жизни.

Отождествление различных понятий приводит к логической ошибке «подмена понятия», суть которой состоит в том, что вместо данного понятия и под видом его употребляется другое понятие.

«По клинике заболевание правого локтевого сустава (тромбофлебит) не имело места. У гр-ки К., вероятнее всего, заболевание правого локтевого сустава связано с ее профессией, так как она работает портнихой на подшивке бортов, по работе больная всегда имела большую нагрузку на правую руку, в том числе и на правый локтевой сустав. Такое постоянное напряжение мышц и связок могло дать заболевание правого локтевого сустава (*миозит*, растяжение связок и т. п.)...»

Эксперты неправильно относят тромбофлебит и миозит к заболеваниям локтевого сустава, совершая ошибку «подмена понятия».

Необходимым условием предупреждения этой логической ошибки является твердое знание содержания тех понятий, которыми приходится оперировать.

Из свойства качественной определенности вещей и явлений следует, что каждому предмету или явлению присущи те или иные признаки. Но ни один предмет или явление не могут одновременно обладать несовместимыми признаками. Это свойство материального мира находит отражение в логическом законе непротиворечия (или противоречия, как его называли раньше), который формулируется так: *«Два противоположных суждения в одно и то же время не могут быть истинными, по крайней мере одно из них ложно»*.

Закон непротиворечия требует, чтобы мысль была последовательной, он не допускает противоположных суждений: если в заключении мы утверждаем что-либо в отношении предмета, то мы не должны потом утверждать в отношении этого же предмета противоположное.

Закон непротиворечия утверждает только сложность какого-то одного из противоположных суждений, но ничего не говорит о другом суждении; оно может быть как истинным, так и ложным.

Приведем пример нарушения требований закона непротиворечия в экспертной практике.

Гр-н К., 38 лет, поступил в районную больницу с жалобами на колющие боли в грудной клетке, беспокоившие его несколько лет и усилившиеся в последнее время. В 1943 г. на фронте получил осколочное ранение. Рентгеновским исследованием обнаружено инородное тело в правой половине грудной клетки рядом с тенью сердца. Производится операция торакотомии с разделением обширных плевральных сращений. В ткани легкого обнаруживаются петрификаты и даже делается попытка выделить один из них, принятый за инородное тело. Настойчивые поиски инородного тела в легком в течение 2 часов оказались безуспешными, осколок был обнаружен в мягких тканях спины и удален. После операции развилась травматическая пневмония с абсцедированием и аррозией кровеносного сосуда, приведшей к смертельному легочному кровотечению.

На вопрос о правильности диагностики эксперты отвечают:

«...В соответствии с анамнезом, жалобами больного и данными рентгеновского обследования диагноз «инородное тело правой половины грудной клетки» врачами Лукояновской больницы был установлен правильно. Однако при операции 15/III было уточнено, что инородное тело (осколок) находится не в легочной ткани, а в мягких тканях грудной стенки справа над седьмым межреберьем под прямыми мышцами спины в 3—4 см от поперечного отростка VII грудного позвонка...».

По смыслу заключения получается, что диагноз поставлен и правильно и в то же время неточно. Но это понятия противоположные и оба истинными быть не могут. Если учесть, что неточность в диагностике повлекла за собой необоснованную операцию на легком и стоила больному жизни, то вряд ли можно согласиться с утверждением о правильности диагноза.

Мальчик Г., 5 лет, доставлен в больницу через 2 часа после начала заболевания, умер через 10 часов после поступления. Клинический диагноз: пищевая интоксикация. На вскрытии — заворот кишечника.

В заключении написано:

«Острая кишечная непроходимость является заболеванием, требующим срочного хирургического вмешательства».

Это правильно. Но дальше следует:

«...И хотя срочная операция не всегда предотвращает смертельный исход, считается установленным, что *основным и наиболее надежным* средством, обеспечивающим выздоровление больного заворотом кишечника, является экстренное хирургическое вмешательство».

Здесь мысль выражена неточно — при острой механической кишечной непроходимости (в частности, завороте кишечника) операция является единственным, а не «основным и наиболее надежным» средством спасения больного. Неточность выражения мысли создает ошибочное представление, что будто бы, кроме операции, существуют еще какие-то, хотя и не такие эффективные, способы лечения.

Следовательно, об одном и том же — о лечении при завороте кишечника — высказываются две противоположные мысли: утверждается необходимость срочного хирургического вмешательства и одновременно допускается необязательность операции. Дальше в этом заключении разбирается вопрос о правильности лечения:

«...Лечение ребенка Г. в горбольнице № 3 проводилось в соответствии с ошибочным диагнозом «пищевая интоксикация». Следует,

однако, отметить, что это же лечение является показанным и при завороте кишечника в предоперационном периоде, т. е. оно является частью общего лечения при завороте кишечника».

Таким образом, признав вначале, что мальчику была необходима операция, и констатируя, что операцию не делали, так как лечили ребенка от пищевой интоксикации, эксперты в то же время считают это лечение показанным, т. е. правильным. Но обе эти мысли противоположны друг другу, следовательно, по закону непротиворечия они не могут быть обе истинными.

Утверждение о показанности проводившегося консервативного лечения является неверным, так как при завороте кишечника (в случаях неуточненного диагноза) показанными можно считать консервативные меры только в течение первых 2—3 часов после поступления; при неэффективности этих мер должна быть проведена срочная операция (Н. И. Гуревич, 1949; Д. П. Федорович, 1954; В. И. Стручков, 1959; П. Н. Напалков и др., 1961; Н. И. Блинов, Г. А. Гомзяков, 1962; Н. И. Блинов, 1965).

Предметы, процессы или явления материальной действительности обладают бесчисленными признаками, связями, отношениями и т. д. Но если говорить о каком-то определенном признаке конкретного предмета, то предмет может либо обладать этим признаком, либо не обладать. Это свойство материального мира отражено в логическом законе исключенного третьего, который гласит: *«Два противоречащих суждения одновременно не могут быть ложными: одно из них непременно истинно, а третьего не может быть»*.

Противоречащими в логике называются суждения, которые друг друга исключают и между которыми невозможно никакое среднее, третье. Отношения между противоречащими суждениями выражаются формулой «или—или», третьего не дано.

Закон исключенного третьего запрещает одновременно и утверждать и отрицать наличие у предмета какого-то признака. Между тем это требование нередко нарушается.

Гр-ка О-ва, 37 лет, заболела внезапно. Появились рвота, боли в животе. Дважды осматривалась врачом скорой помощи Ц., поставившим диагноз: острый гастрит, энтероколит. В госпитализации было отказано, и больная умерла дома. При вскрытии обнаружен разрыв беременной трубы, внутреннее кровотечение. Вопрос о

возможности поставить правильный диагноз разрешается экспертами следующим образом.

«2. Диагноз внематочной беременности врач Ц. *мог не распознать,* так как данное заболевание представляет трудность в диагностике. Клиника и симптоматология внематочной беременности сложны и многообразны. Распознавание различных клинических форм внематочной беременности нередко бывает трудной задачей для врача. По данным проф. М. С. Александрова, встречается на 1000 случаев внематочной беременности 57 случаев ошибок...»

Все правильно: диагноз внематочной беременности труден, в диагностике встречаются ошибки, мог ошибиться и врач Ц. Но мог ли он поставить правильный диагноз?

«5. Учитывая малоопытность и данные, полученные от погибшей О-вой, *не мог заподозрить* наличие внутреннего кровотечения и внематочной беременности.»

Следовательно, по мнению экспертов, врач не мог (не имел возможности) поставить правильный диагноз или хотя бы заподозрить действительное заболевание. А дальше утверждается противоположное:

«7. В нестационарных условиях, на дому, на основании субъективных данных *заподозрить* у погибшей О-вой наличие кровотечения в брюшной полости *мог бы,* если бы умело использовал имеющиеся возможности по сбору анамнестических и объективных данных (жалобы больной, начало заболевания, измерение артериального давления и вагинальное исследование).»

Ясно, что из двух противоречащих выводов (пункты 5 и 7) истинным является только один.

Больной Р-в, 22 лет, доставлен в участковую больницу с ножевым ранением грудной клетки. Врач Р-на отметила нормальную окраску кожных покровов, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения пульс. Больной был в состоянии алкогольного опьянения, возбужден, просил снять с груди повязку, так как она ему «сильно давит». На груди слева по среднеключичной линии в пятом межреберье линейная рана длиной 0,5 см, некровоточащая. Ранение расценено как непроникающее, введены камфора, кофеин, и больной был отправлен домой, где вскоре умер. На вскрытии обнаружено проникающее ранение грудной клетки с повреждением сердца. Заключение экспертов:

«1. Смерть Р-ва наступила от проникающего ранения грудной клетки с повреждением правого желудочка сердца.

2. Врач Р-на, окончившая медицинский институт в 1963 г., не

имеет еще практического стажа работы и, вероятнее всего, с подобными повреждениями не встречалась. Кроме того, отсутствие наружного кровотечения, общее удовлетворительное состояние Р-ва при осмотре и алкогольное опьянение его затушевывали истинную картину повреждения грудной клетки и затрудняли диагностику.

Для установления того, проникающая или непроникающая рана грудной клетки у Р-ва, *необходима была ревизия раны,* которая могла быть произведена только специалистом-хирургом. *Данных к такой ревизии* раны грудной клетки при осмотре Р-ва врачом Р-ной, судя по ее показаниям, имеющимся в материалах дела, *не было*».

В этом заключении эксперты высказывают две противоречащие мысли: в одно и то же время ревизия раны была и показана («необходима»), и не показана (поскольку «данных к ревизии раны не было»). Получается замкнутый круг: без ревизии раны установить характер ее не представляется возможным, а показаний к ревизии не было.

Закон достаточного основания представляет собой отражение в нашем сознании всеобщей причинной связи явлений. Этот закон требует, чтобы, утверждая какую-либо мысль, мы одновременно указывали основания, подтверждающие правильность этой мысли, т. е. приводили бы те объективные причинно-следственные отношения, которые связаны с рассматриваемым явлением. Формулировка закона следующая: «Всякая истинная мысль должна быть обоснованной».

Во всех официальных документах подчеркивается, что заключение эксперта должно быть обоснованным. Однако на практике это четкое и бесспорное требование далеко не всегда выполняется. Не случайно в последнее время вышли работы И. З. Дынкиной (1967) и О. Х. Поркшеяна (1967), где вновь указывается на необходимость обоснования выводов судебно-медицинского эксперта. Большое значение этому вопросу придает Верховный Суд СССР, который в определении по делу Серопяна О. Е. от 22 апреля 1965 г. указал, что не может быть положено в основу приговора заключение эксперта, базирующееся на предположениях, а не на специальных познаниях.

Нарушения требований закона достаточного основания в экспертной практике бывают двоякого вида: либо выводы эксперта вообще не обосновываются, либо обосновываются неправильно.

Примером неправильно обоснованного вывода является следующий:

«Диагноз механической непроходимости кишечника, поставленный патологоанатомом Кировской облбольницы З., комиссия ставит под сомнение на том основании, что в истории болезни Т. и показаниях медицинского персонала не содержится указаний на клинические проявления — признаки этого заболевания. Данные истории болезни, показания медицинского персонала и рожениц, находившихся в одной палате с Т., дают основание считать, что у нее была не механическая непроходимость, а послеоперационная атония кишечника, которая развилась вследствие оперативного вмешательства, а не из-за оставления инородного тела (салфетки) в брюшной полости во время операции».

Формально ответ как будто обоснован, так как указываются основания («данные истории болезни и показания медперсонала»), по которым комиссия отвергает один диагноз и утверждает другой. Но по существу здесь нет никакого обоснования, потому что мы не знаем, какие именно данные истории болезни и показания медицинского персонала (или, другими словами, какие именно клинические симптомы) позволили комиссии прийти к настоящему выводу. В ответе следовало привести те симптомы и морфологические изменения, которые позволяют исключить механическую непроходимость и указывают на атонию кишечника. Тогда истинность вывода не вызывала бы сомнений.

Заключение эксперта, являясь одним из доказательств по уголовному делу, должно быть убедительным. О необходимости соблюдения этого требования указывают М. И. Райский (1953), Н. М. Гореватый (1955), М. С. Строгович (1955), А. И. Законов (1959) и другие авторы.

Убедительность достигается обоснованностью ответов. Если эксперты, выдвинув то или иное положение, приводят и аргументы, подтверждающие его, то их вывод звучит убедительно. Достаточно сравнить следующие два ответа, чтобы удостовериться в этом.

1. «Все материалы расследования свидетельствуют о том, что гр-ка К., 38 лет, 9/VII заболела острым аппендицитом. При первом обращении за медицинской помощью 9/VII она была осмотрена фельдшером, которая оценила ее состояние неправильно, истинного характера заболевания не распознала и в связи с этим применила неподходящее лечение (слабительное) и не госпитализировала К. Это, однако, хотя и могло ухудшить общее течение заболевания, но развитию приведшего к смерти К. осложнения не способствовало.

При первом же врачебном осмотре 10/VII характер заболевания К. был установлен правильно».

2. «При поступлении гр-на В. в больницу у него отмечались жалобы на боли в правой половине живота, тошноту и общую слабость, отмечались вздутие живота, напряжение и болезненность при ощупывании в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина, Ровзинга, Ситковского, сухой обложенный язык. Перечисленные симптомы давали основание поставить диагноз: острый аппендицит; перитонит.

Этот диагноз и был поставлен врачами и затем подтвержден на операции. Следовательно, диагноз гр-ну В. при поступлении был поставлен правильно».

Если в первом заключении вывод экспертов об имевшемся заболевании и о правильности диагностики носит характер констатации, то во втором случае эти же выводы обосновываются, доказываются. Второй ответ в силу своей аргументации является гораздо более убедительным. Обоснование ответов нередко может предохранить экспертов от ошибочных выводов.

Больной К., 43 лет, утром на работе почувствовал себя плохо, появились боли в области сердца и в левой руке. Был доставлен в заводской здравпункт, где сделаны инъекции кофеина и камфоры, даны таблетки валидола, капли Зеленина, поставлены грелки к ногам. Примерно через 30—35 минут после поступления больной умер. На вскрытии обнаружены гипертрофия левого желудочка сердца, кардиосклероз, коронаросклероз. Заключение экспертной комиссии:

«Неотложная медицинская помощь гр-ну К., поступившему в здравпункт завода имени Ленина по поводу острой сердечно-сосудистой недостаточности, была оказана правильно и своевременно».

Заключение необоснованное, а с содержанием его едва ли можно согласиться. У больного был острый приступ коронарной недостаточности. Помимо проведенных мероприятий, следовало применить нитроглицерин, сделать инъекции атропина и морфина (М. Н. Тумановский, 1959; М. С. Вовси, 1961). Этого сделано не было. Характерно, что в аналогичной ситуации другая экспертная комиссия пришла к совершенно иному выводу.

«Гр-н Р. на протяжении последних лет страдал атеросклеротическим коронарокардиосклерозом с явлениями коронароспазма. Как видно из протокола патологоанатомического вскрытия и данных гистологического исследования, смерть Р. наступила от обширного свежего инфаркта задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки сердца, что не было диагностировано врачом Т.

Судить, была ли правильна и достаточна оказанная помощь врачом Т. больному Р., не представляется возможным, ибо в журнале здравпункта нет никакой записи, отображающей оказание медицинской помощи. Но если даже допустить, что врач Т. дала больному валидол и камфору, как это видно из ее показаний, то при таком заболевании это является недостаточным. Необходимо было обеспечить больному полный покой, дать обезболивающие средства (промедол, омнопон), более сильно действующие сердечные и сосудорасширяющие средства (атропин, кордиамин и др.)».

В обоих случаях смерти от острой коронарной недостаточности помощь по существу ограничилась валидолом и камфорой, но оценка медицинской помощи диаметрально противоположна.

# II.

## ДЕФЕКТЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЯХ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ ПРАВИЛ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

### ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О ДОКАЗАТЕЛЬСТВЕ

Требуемое законом достаточного основания обоснование наших мыслей и выводов достигается доказательством. Доказательство представляет собой логический прием обоснования истинности одного суждения при помощи других, истинность которых установлена ранее. Всякое доказательство включает в себя три элемента: тезис, аргументы и демонстрацию.

Тезис — это то суждение, истинность которого мы обосновываем в процессе доказательства. В экспертных заключениях тезисом будет вывод экспертов.

Аргументы (или основания) — это суждения, истинность которых уже установлена и которые служат для обоснования истинности тезиса. Аргументами могут быть очевидные положения, аксиомы, теоремы, факты, законы науки, определения и иные, ранее доказанные положения. В экспертных заключениях роль аргументов могут выполнять совокупность клинических симптомов или морфологических изменений, определенные закономерности течения патологических процессов, установленные по делу факты, уже доказанные экспертные выводы и т. д.

Демонстрация (или форма доказательства) представляет собой логическую связь суждений (аргументов и тезиса), осуществляемую в форме одного или нескольких умозаключений, в ходе которых при помощи аргументов обосновывается истинность тезиса.

Различают прямые и косвенные доказательства. В прямом доказательстве истинность тезиса обосновывается аргументами непосредственно. В косвенном доказательстве истинность тезиса обосновывается либо путем доказательства ложности антитезиса (апагогическое доказательство), либо путем последовательного исклю-

чения всех остальных возможных членов разделительного суждения (разделительное доказательство).

Например, врачи пришли к выводу, что у больного имеется проникающее ранение грудной клетки. Для аргументации могут быть использованы указание на ревизию раны, при которой обнаружено повреждение плевры, или ссылка на характерные симптомы проникающего ранения: одышку, гемопневмоторакс, нарастающую подкожную эмфизему и т. д. Такое доказательство будет прямым.

Но этот же самый вывод (о наличии проникающего ранения) можно обосновать и другим путем. Рассуждают примерно так: «Ранение у А. является или проникающим, или непроникающим. Допустим, что ранение непроникающее. Но в таком случае не должно быть гемопневмоторакса, обширной подкожной эмфиземы, одышки и т. д. Поскольку эти симптомы налицо, то предположение о непроникающем характере ранения является ложным. Следовательно, у А. проникающее ранение грудной клетки». В данном случае доказывается ложность противоречащего утверждения — антитезиса. Такое доказательство называется косвенным апагогическим доказательством.

Примером косвенного разделительного доказательства может быть следующее рассуждение: «Телесное повреждение, причиненное гр-ну Б., может быть либо тяжким, либо менее тяжким, либо легким[1]. Поскольку это повреждение неопасно для жизни и не повлекло за собой потери зрения, слуха или других последствий, являющихся признаками тяжкого повреждения, оно не относится к тяжким телесным повреждениям. Так как повреждение у гр-на Б. не сопровождалось длительным расстройством здоровья или значительной стойкой утратой трудоспособности менее $^1/_3$, то оно не относится к менее тяжким телесным повреждениям. Но если повреждение не является ни тяжким, ни менее тяжким, то оно представляет собой легкое телесное повреждение».

В экспертных заключениях встречаются почти исключительно прямые доказательства.

Относительно каждого из трех элементов доказательства существуют определенные правила. Соблюдение

[1] Деление легких телесных повреждений на две подгруппы опущено, чтобы упростить изложение. — *И. В.*

этих правил обеспечивает истинность тезиса. Нарушение правил доказательства приводит к различным логическим ошибкам; тезис при этом может оказаться истинным только случайно.

### ПРАВИЛА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ТЕЗИСУ И ЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ НАРУШЕНИИ ЭТИХ ПРАВИЛ

Первое правило: *тезис должен быть суждением точным и ясным.*

Известно, что неясная речь не достигает своей цели. Нередко ответ на вопрос о правильности лечения формулируется примерно по следующей схеме: «Лечение было правильным, но вместе с тем содержало в себе некоторые недостатки». Такая формулировка несостоятельна с точки зрения логики, ибо лечение с теми или иными существенными дефектами не может быть признано правильным. Подобная формулировка неприемлема еще и потому, что она не вносит ясности в вопрос о правильности лечения.

Гр-ну Ш., 30 лет, было причинено проникающее колото-резаное ранение грудной клетки с повреждением левого легкого. В больнице произведены торакотомия с резекцией ребра, ушивание раны легкого. Плевральная полость осушена от крови, в нее введены антибиотики. Операционная рана зашита наглухо. Послеоперационное лечение заключалось во введении жидкостей (полиглюкина, глюкозы, хлорида кальция, физиологического раствора), антибиотиков, сердечных средств. При однократной пункции левой плевральной полости (на 9-й день после операции) получено 100 мл геморрагической жидкости, в плевральную полость введены антибиотики. Через 2 дня больной умер. При вскрытии обнаружены: ателектаз левого легкого, большое количество геморрагической жидкости в плевральной полости, фибринозный налет толщиной 3 см на легочной плевре, правосторонняя бронхопневмония. В заключении написано:

«...В послеоперационном периоде лечение проводилось правильно, но целесообразно было бы проводить систематически разгрузочные мероприятия (пункции плевральной полости) и рентгеноскопию грудной клетки с внутриплевральным введением антибиотиков».

При экссудативном плеврите, развившемся у больного после ранения, лечение должно было заключаться

главным образом в систематическом опорожнении плевральной полости и создании условий для расправления легкого, в борьбе с инфекцией путем внутриплеврального введения антибиотиков. Следовательно, можно сказать, что в первые дни послеоперационного периода лечение больного Ш. было направлено на восстановление и поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы и в этой части было правильным, но борьба с возникшим осложнением — экссудативным плевритом — велась явно недостаточно. Это и явилось фактором, способствовавшим наступлению смерти.

У больной Ф., 24 лет, находившейся в родильном отделении участковой больницы по поводу преэклампсии при беременности 31—32 недели, начались преждевременные роды. В связи с угрожающей асфиксией плода предпринята стимуляция родовой деятельности. Вскрыт плодный пузырь, рассечена шейка матки, наложены кожно-головные, а затем и полостные щипцы. Плод извлечен в состоянии белой асфиксии, вывести из которой его не удалось. Родильнице наложены швы на шейку матки и промежность. Общая кровопотеря в родах 300—400 мл. После родов возникло прогрессирующее падение артериального давления, и через 15 часов женщина умерла.

Лечение в послеродовом периоде заключалось во вливании глюкозы, противошоковой жидкости, введении строфантина, кордиамина, кофеина, адреналина. В заключении экспертов написано:

«Лечение после родов родильницы Ф. было правильным, но тяжкое состояние, наступившее в результате слишком резкого снижения артериального давления после родов, привело к развитию тяжелого сосудистого коллапса (расширение сосудов), требовавшего более активной терапии, включая внутривенное и внутриартериальное переливание крови».

Эксперты справедливо отмечают, что борьба с коллапсом велась недостаточно активно. Но формулировку заключения нельзя признать удачной, так как лечение не было правильным. Следовало отметить, что проводившиеся мероприятия были показанными, но недостаточными, что необходимо было их дополнить переливанием крови, кровезаменителей, повторным введением адреналина, эфедрина, стрихнина и других средств.

Заключения такого рода могут быть истолкованы поразному. В подобных случаях, когда в лечении наряду

с показанными мероприятиями встречаются и недостатки, необходимо конкретно указывать, что было правильным, а что неправильным. После этого следует высказаться о существенности упущений, о последствиях их и оценить лечение в целом.

Второе правило: *тезис должен оставаться одним и тем же на протяжении всего доказательства.*

Это правило, как и предыдущее, связано с законом тождества. При нарушении указанного правила возникают логические ошибки: «подмена тезиса», «довод к человеку», «чрезмерное доказательство», «кто слишком мало доказывает, тот ничего не доказывает».

Логическая ошибка «подмена тезиса» (ignoratio elenchi) возникает тогда, когда доказывается не то, что требовалось доказать. В экспертных заключениях ошибка «подмена тезиса» обычно выражается в том, что эксперты отвечают не на поставленный вопрос. Приведем несколько наблюдений.

На вопрос: «Правильно ли был поставлен диагноз до поступления в больницу и при поступлении в больницу больной Н.?» — эксперты отвечают: «Более точного диагноза заболевания у девочки Н. ни до поступления, ни при поступлении ее в больницу поставить было нельзя».

Вместо ответа на поставленный вопрос о правильности диагностики дается ответ на вопрос о возможности таковой.

В другом случае на вопрос о правильности диагностики дается следующий ответ:

У Щ. при поступлении в больницу 2 сентября объективно было установлено следующее: спутанное сознание, невыполнение больным предложенных инструкций, двигательное возбуждение, отсутствие реакции зрачков на свет, повышение сухожильных и периостальных рефлексов, нарушение ориентации во времени и пространстве, отсутствие памяти на события предшествующего дня, в контакт с окружающими вступал с трудом, отвечая на вопросы путанно, отмечались менингеальные симптомы. Кроме того, он предъявлял жалобы на головную боль. Все эти данные свидетельствовали о том, что у Щ. имелась тяжелая черепно-мозговая травма, которую вполне можно было расценить как сотрясение и ушиб головного мозга с субарахноидальным кровоизлиянием и трещиной свода и основания черепа. Что же касается возможности подробной дифференциальной диагностики при поступлении в больницу, то таковая ввиду кратковременного нахождения больного в приемном покое стационара практически являлась невозможной. В дальнейшем при судебно-медицинском исследовании трупа Щ. был отвергнут перелом костей черепа. Нужно считать, что перелом черепа могли бы отрицать и

врачи больницы, если бы снимок был произведен повторно и более качественно, а также проконсультирован со специалистами в случае, если бы врачи больницы сами затруднялись в расшифровке снимка».

Это чересчур пространное заключение ни в коей мере не является ответом на поставленный вопрос. Из такого заключения нельзя понять, правильно или неправильно был определен врачами характер заболевания.

Чтобы в экспертной практике не допускать логической ошибки «подмена тезиса», необходимо четко уяснять себе смысл каждого вопроса.

Иногда обоснование того или иного выдвинутого положения подменяется ссылкой на личные качества определенного лица. Допустим, утверждается, что диагноз поставлен правильно, поскольку больной был обследован очень опытным врачом. В действительности же ссылка на личность врача ничего не доказывает, так как и у опытных специалистов возможны неудачи. В логике такая ошибка называется «довод к человеку» (argumentum ad hominem).

Эту ошибку допускают и эксперты, когда, например, вместо обоснования своего вывода о неправильном лечении они ссылаются на малоопытность лечащего врача.

«1. У мальчика Б., 27/IX имел место открытый компрессионный перелом лобно-теменной кости справа с картиной нарастания внутричерепного давления, требующего оперативного лечения.

2. Операция — декомпрессивная трепанация черепа — технически проведена правильно, но при производстве операции был допущен ряд организационных ошибок:

а) вопрос об операции не согласован с родителями ребенка;

б) проведение наркоза было поручено малоопытному лицу (медицинской сестре), *вследствие чего* несвоевременно выявлено осложнение наркоза в виде остановки дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, повлекшее смерть.

3. Причиной смерти мальчика Б. является осложнение от наркоза — остановка дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, вызванное, по всей вероятности, его передозировкой.

4. При правильной организации оперативного вмешательства и правильном проведении наркоза жизнь мальчика Б., возможно, была бы спасена, так как повреждения, имевшиеся у мальчика, не абсолютно смертельны».

Если бы вывод экспертов о неправильном проведении наркоза был обоснован ссылками на конкретные нарушения, допущенные наркотизатором в процессе обезболивания, то заключение в этой части не вызывало бы возражений. Но эксперты не аргументируют провозглашенный тезис, они выдвигают новое положение («прове-

дение наркоза было поручено малоопытному лицу»), которое ничего не доказывает. Это и есть «довод к человеку».

«1. Смерть Ш., 2 лет, наступила от комбинированного огнестрельного ранения грудной и брюшной полостей, осложненного шоком и интоксикацией.

2—4. Первая медицинская помощь Ш. в Наурской районной больнице была оказана врачом, не имеющим практического опыта, а *поэтому* страдает неполноценностью».

Как и в предыдущем примере, экспертам следовало аргументировать свой тезис о неполноценности медицинской помощи указаниями на те конкретные лечебные мероприятия, которые были показаны, но не проведены. Вместо этого приводится ссылка на малоопытность врача, т. е. опять «довод к человеку».

Логическая ошибка «чрезмерное доказательство» возникает тогда, когда вместо определенного истинного положения, вытекающего из аргументов, утверждается более общее положение, являющееся ложным.

Приведем примеры этой ошибки в экспертных заключениях.

«Всякое повреждение сердца без оказания своевременной специализированной хирургической помощи смертельно».

На самом деле *не всякое* повреждение сердца (даже без оказания своевременной специализированой хирургической помощи) смертельно: какая-то часть повреждений сердца действительно окажется смертельной, в какой-то части случаев смертельного исхода не будет. Экспертам следовало ответить, что данное конкретное ранение было смертельным. Они же пытались доказать больше и потому пришли к ошибочному выводу.

На разрешение экспертизы поставлен вопрос о правильности диагностики и о трудности распознавания характера болезни. Дается такой ответ:

«При обращении больного А., 33 лет, на здравпункт 31 января, а затем (в тот же день) в поликлинику к врачу-терапевту правильный диагноз не был установлен. Фельдшер здравпункта и врач-терапевт К. не распознали у больного А. острого аппендицита, а диагностировали острый гастрит.

Данная диагностическая ошибка произошла вследствие больших диагностических трудностей. Слепая кишка вместе с червеобразным отростком располагалась атипично — высоко под желудком, что наблюдается крайне редко. При таком расположении слепой кишки

правильно распознать в начальной стадии воспаление червеобразного отростка *не представляется возможным* даже для опытного хирурга, а не только для врача-терапевта, который редко встречается с такой патологией. Диагноз острого аппендицита был установлен только тогда, когда у А. появились явления воспаления брюшины».

Здесь правильным будет указание на трудность диагностики, вывод же о невозможности поставить правильный диагноз представляется неверным. Даже при атипичном расположении отростка сохраняются многие симптомы острого аппендицита: острое начало, боли в животе, напряжение брюшной стенки, симптом Щеткина—Блюмберга, лейкоцитоз, изменение формулы белой крови, повышенная температура и т. д. Поэтому нельзя утверждать, что при тщательном обследовании и динамическом наблюдении опытный хирург оказался бы не в состоянии поставить правильный диагноз или хотя бы заподозрить наличие катастрофы в брюшной полости и прийти к выводу о необходимости диагностической лапаротомии, при которой диагноз будет установлен. Эксперты пытались доказать «слишком много» и совершили ошибку.

В некоторых случаях ошибка «чрезмерного доказательства» возникает при ответах на вопрос о характере заболеваний, которыми страдал умерший. Эсперты по данным истории болезни и акта судебно-медицинского исследования трупа исключают заболевания, кроме одного, уже известного.

«При жизни *какими-либо заболеваниями* гр-н К. не страдал, что подтверждается данными истории болезни районной больницы и актом судебно-медицинского исследования трупа».

Вывод об отсутствии заболеваний не может считаться достоверным, так как обнаружение их во многом зависит от полноты, тщательности и целенаправленности исследования, и, кроме того, не все заболевания сопровождаются выраженными объективными изменениями.

Логическая ошибка «кто слишком мало доказывает, тот ничего не доказывает» состоит в том, что доказывается не весь выдвинутый тезис, а лишь часть его.

В экспертных заключениях эта ошибка возникает тогда, когда ответ не охватывает полностью поставленный вопрос.

На вопрос: «Все ли приняты меры со стороны врачей для того, чтобы спасти жизнь ребенку?» — эксперты отвечают:

«*Меры для спасения ребенка* лечащим врачом *применялись*, но внезапно наступившее падение сердечной деятельности привело его к смерти».

В этом случае эксперты «доказывают» слишком мало — только то, что меры к спасению жизни ребенка применялись, но они ничего не говорят о том, применялись ли в с е н е о б х о д и м ы е меры, поэтому вопрос остается без ответа.

На вопрос: «Все ли сделано врачами родильного отделения больницы для спасения жизни гр-ки Э-н? — дается ответ:

«Гр-ка Э-н умерла от кровотечения, возникшего в раннем послеродовом периоде. Для остановки кровотечения проводилось много мероприятий. Прежде всего было сделано двукратное введение руки в полость матки (ручное отделение последа и ручное обследование полости матки как в том, так и в другом случае с последующим массажем матки на кулаке), которое является мощным раздражителем матки, ведущим к ее сокращению и остановке кровотечения. Далее — наружный массаж матки через брюшные покровы длительное время, холод на живот. Введение питуитрина внутривенно с глюкозой и наложением клемм по Геккелю. Осмотрена шейка матки в зеркалах и наложены швы. Наилучшим лечебным мероприятием в борьбе с анемическим шоком и оказывающим гемостатическое действие является переливание крови. В данном случае переливание крови произведено дважды: внутриартериально перелито 400 мл и внутривенно 400 мл. Полиглюкина перелито 800 мл. Часто давались кислород, сердечные средства: строфантин 0,05% — 0,5 мл с глюкозой внутривенно, кордиамин, кофеин, глюкоза 40% — 60 мл и др.».

Указание на то, что проводилось много мероприятий по борьбе с кровотечением и кровопотерей (равно, как и перечисление этих мероприятий), не дает ответа на поставленный вопрос: «Все ли необходимое было сделано?» Ответ должен полностью охватывать весь вопрос, а не часть его.

### ПРАВИЛА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К АРГУМЕНТАМ И ЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ НАРУШЕНИИ ЭТИХ ПРАВИЛ

Первое правило: *аргументы должны быть истинными, доказанными суждениями, которые не подлежат сомнению и не противоречат друг другу.*

С нарушением этого правила связаны логические ошибки «основное заблуждение» и «предвосхищение основания».

Логическая ошибка «основное заблуждение», или «ложное основание» (error fundamentalis), возникает тогда, когда для доказательства того или иного положения используется аргумент, являющийся сам по себе ложным.

Девочка Д., 6 лет, занозила ногу. Обратилась за медицинской помощью к фельдшеру Б. на 3-й день в связи с нагноением раны. Хирургическая обработка не производилась, противостолбнячная сыворотка не была введена. Через 8 дней после травмы развился столбняк, и девочка погибла. В экспертном заключении написано:

«2. Фельдшером Б. в больнице города Тутаева больной Д. была оказана правильная и своевременная медицинская помощь.

3. При первом обращении Д., на 3-й день после повреждения, введение противостолбнячной сыворотки, в соответствии с наставлением по применению сухой и жидкой противостолбнячной сыворотки, утвержденным Председателем Ученого совета Министерства здравоохранения СССР от 18 марта 1958 г., не было обязательным».

Хотя противостолбнячная сыворотка с профилактической целью и не вводилась, эксперты считают, что медицинская помощь девочке оказывалась правильно. Свой вывод эксперты обосновывают ссылкой на наставление по применению противостолбнячной сыворотки. Между тем в наставлении, на которое ссылаются эксперты, сказано, что сыворотка должна вводиться в возможно более ранние сроки, и ничего не говорится о том, что при обращении на 3-й день введение сыворотки не обязательно. Аргумент, таким образом, оказался ложным, а вывод экспертов — ошибочным.

Логическая ошибка «предвосхищение основания» (petitio principii) состоит в том, что в качестве основания, подтверждающего вывод, употребляется положение, нуждающееся в собственном доказательстве.

«1. Ввиду плохого, крайне небрежного и неграмотного оформления истории болезни и протокола патологоанатомического вскрытия *установить причину смерти* роженицы К. *не представляется возможным.* Патологоанатомическое вскрытие, произведенное на 7-е сутки после смерти, ввиду посмертных изменений трупа также не могло дать полное заключение о причинах смерти К. Однако *можно предположить, что смерть К. наступила вследствие разрыва матки,* что подтверждает внезапное ухудшение состояния здоровья К. и наличие крови в брюшной полости в количестве 700 мл, а также сгустка крови в шейке матки.

2. Хирургом Т. не был своевременно поставлен диагноз *угрожающего разрыва матки,* а также другой патологии родового процесса...»

Вывод о несвоевременном установлении лечащим врачом диагноза угрожающего разрыва был бы правильным лишь в том случае, если бы у роженицы действительно произошел разрыв матки или имел место угрожающий разрыв. Однако, как видно из заключения, экспертная комиссия не утверждает, что у роженицы был разрыв матки, а лишь *предполагает* это. Следовательно, положение о наличии разрыва матки (или угрожающего разрыва), на котором основывается вывод о несвоевременном установлении этого диагноза, само еще нуждается в доказательстве. Упрек лечащему врачу в несвоевременном установлении определенного диагноза может быть сделан лишь при условии, если экспертами точно выяснен характер заболевания; в противном случае возникает ошибка «превосхищение основания».

Второе правило: *аргументы должны быть суждениями, истинность которых установлена независимо от тезиса.*

Нарушение этого правила приводит к логической ошибке «круг в доказательстве», или «порочный круг» (circulus vitiosus), заключающейся в том, что тезис обосновывается аргументами, которые сами обосновываются посредством тезиса.

На вопрос: «Правильны ли выводы эксперта М. о том, что Л. с обнаруженными у него телесными повреждениями не мог совершать никаких самостоятельных действий (вставать с земли и передвигаться ногами) и что никакая медицинская помощь в первые часы полученных им телесных повреждений спасти жизнь Л. не могла?» — эксперты отвечают:

«Комиссия не может согласиться с выводами врача-эксперта М. о том, что Л. при имевшихся у него повреждениях не мог совершить никаких активных действий, *ибо обстоятельства дела показывают,* что Л. самостоятельно «ползал», ходил и иногда реагировал речью на те моменты, которые создавали ему неприятные ощущения (укол иглой, вдыхание паров нашатырного спирта и т. п.)...»[1]

Надо полагать, что обстоятельства дела были известны следователю не в меньшей степени, чем экспертной

[1] Дальше в заключении дается правильный и обоснованный ответ, но нам хочется обратить внимание именно на эту часть заключения.— *И. В.*

комиссии. Когда он ставил вопрос о возможности совершения потерпевшим после травмы целенаправленных действий (а именно в этом суть вопроса), то рассчитывал получить от экспертизы медицинское обоснование такой возможности. Это служило бы доказательством правдоподобности свидетельских показаний. Эксперты же доказывают возможность целенаправленных действий наличием этих действий, т. е. теми же самыми данными, которые они должны были подтвердить своим заключением.

## ПРАВИЛО ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕМОНСТРАЦИИ И ЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ НАРУШЕНИИ ЭТОГО ПРАВИЛА

Указанное правило гласит: *в ходе доказательства должны соблюдаться общие требования к умозаключениям.*

При нарушении этого правила возможны логические ошибки: «мнимое следование», «после этого, следовательно, по причине этого», «от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно».

Логическая ошибка «мнимое следование» (non sequitur) состоит в том, что доказываемое положение не вытекает из оснований, приводимых в его подтверждение.

Приведем примеры такого дефекта.

«О наличии у М. простудного заболевания свидетельствуют: повышение температуры до 39,5° 29/XII, наличие озноба и назначение М. врачом Ч. 29/XII пенициллина по 100 000 ЕД 2 раза в день и норсульфазола по 1,0 (по схеме)...»

Повышением температуры, ознобом сопровождаются не только простудные заболевания, но и ряд других: инфекционные, септические, аллергические. Назначение пенициллина и норсульфазола также не является доказательством простудного заболевания — эти лекарства применяются при многих болезнях, не говоря уже о том, что назначение их могло быть необоснованным (при ошибке в диагнозе).

Больной Н., 45 лет. Вечером после обильной еды и выпивки появились боли в подложечной области, тошнота, рвота, жидкий стул. Врачом скорой помощи введен атропин, промыт желудок. При поступлении в больницу в 20 часов Н. рассказал, что подобные явления бывали и

раньше и что врачи диагностировали у него гастрит и язву желудка. Состояние при поступлении расценивалось как удовлетворительное, отмечались болезненность и незначительное вздутие в подложечной области; напряжения брюшных мышц не было. Поставлен диагноз: острый гастрит; пищевая интоксикация?

В течение ночи периодически возникали боли в животе, рвота. Назначено лечение: покой, грелка на живот, атропин, омнопон. В 9 часов утра боли в животе резко усилились, стали схваткообразными, появились частая рвота с каловым запахом, икота. Сделана гипертоническая клизма, кала не получено, выделились хлопья слизи. При рентгеноскопии в брюшной полости обнаружены множественные чаши Клойбера. Больной переведен в хирургическое отделение, где диагностирована острая кишечная непроходимость. В 11 ч 30 мин произведена операция, при которой установлен заворот тонкой кишки. После операции состояние ухудшилось, и в 19 ч 30 мин. больной скончался при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

Патологоанатомический диагноз: слипчивый перитонит; кровоизлияние в брыжейку и стенку тонкого кишечника; дифтеритический энтерит; гиперплазия селезенки; дистрофия паренхиматозных органов; относительная недостаточность дву- и трехстворчатых клапанов сердца; катаральный трахеобронхит; отек нижних долей легких; венозный застой внутренних органов; полипоз желудка.

Заключение экспертов:

«1—2. Диагноз больному Н. врачом Б. в момент его поступления в больницу ставился теоретически правильно, на основании имевшихся к тому времени объективных симптомов и данных анамнеза, ибо умеренные периодические боли в животе, жидкий стул, тошнота и рвота, незначительное вздутие в подложечной области живота при отсутствии напряжения брюшной стенки и иных выраженных признаков острого живота вполне могли быть объяснимы только пищевой интоксикацией, тем более больной сообщил об имевшемся у него ранее гастрите с подобными болями и употреблении перед заболеванием водки и большого количества колбасы (сардельки).

Вполне возможно, что в момент поступления Н. в больницу у него была еще только пищевая интоксикация, не было заворота тонкого кишечника, и заворот развился в более позднем периоде нахождения Н. в больнице в результате нарушения перистальтики кишечника, как осложнения клинической картины пищевой интоксикации. На это указывают, например, резкое усиление болей в животе и появление картины острого живота в 8—9 часов утра 15/I, когда

мог произойти заворот кишечника, а также то, что к моменту операции еще не было омертвения кишечника и, по патологоанатомическим данным, у больного имелся дифтеритический энтерит с выраженной дистрофией паренхиматозных органов, что более характерно для пищевой интоксикации.

Следовательно, последствия болезни гр-на Н. нельзя связать с ошибкой в диагнозе.

3. Тактика поведения и меры лечения врача скорой помощи и врача Б. в отношении больного Н. были правильными, так как соответствовали данным анамнеза и клинической картине болезни. Они не были противопоказанными.

4. Состояние больного Н. при поступлении в больницу не требовало неотложной хирургической операции. Поскольку к моменту операции еще не было омертвения кишечника, кишечник был жизнеспособным, и поскольку до 9 часов утра 15/I не было достаточно показаний к операции лапаротомии, можно считать, что операция Н. сделана своевременно. Операция технически производилась правильно...»

Вывод экспертной комиссии о наличии пищевой интоксикации не вытекает из приводимых аргументов. Это доказывается следующим:

а) для пищевой интоксикации, сочетающейся с энтеритом, характерен понос. В материалах дела нет указаний на наличие стула за все время пребывания больного в стационаре. Если принять точку зрения экспертов и допустить, что заворот кишечника возник только в 9 часов утра, то при пищевой интоксикации и энтерите в период времени от момента поступления в больницу до возникновения заворота (т. е. в течение 13 часов) жидкий стул должен был быть неоднократно. Стула не было, следовательно, нет оснований говорить о пищевой интоксикации с энтеритом;

б) появление «каловой рвоты» указывает не на возникновение кишечной непроходимости, а на запущенную стадию процесса. Следовательно, заворот возник не в 9 часов утра, а гораздо раньше;

в) положения, приводимые экспертами в доказательство пищевой интоксикации (возникновение заболевания после обильной еды и выпивки, мягкий живот в начале заболевания, воспалительно-деструктивные изменения в кишечнике, дистрофия паренхиматозных органов), не только не исключают кишечную непроходимость, но являются характерными для нее;

г) вся симптоматика заболевания полностью укладывается в клиническую картину заворота кишечника.

Таким образом, надо признать, что у больного был заворот тонкой кишки и не было пищевой интоксикации.

Поэтому не выдерживают критики утверждения экспертной комиссии о правильности диагностики при поступлении в больницу, о правильности тактики врачей в отношении больного, о своевременности оперативного лечения и об отсутствии связи между неблагоприятным исходом заболевания и ошибками врачей.

Чтобы не допускать в заключениях логической ошибки «мнимое следование», необходимо следить, чтобы каждый экспертный вывод строго вытекал из приведенных в его обоснование аргументов.

Если причиной какого-то явления считают другое явление только на том основании, что оно предшествовало первому явлению, то возникает логическая ошибка «*после этого, следовательно, по причине этого*» (post hoc, ergo propter hoc).

«Ввиду имеющихся гнилостных изменений трупа гр-на Н. категорически решить вопрос о причине наступления смерти не представляется возможным, тем более что анатомических изменений, характерных для тяжелых смертельных заболеваний, при исследовании трупа покойного Н. при судебно-медицинском исследовании обнаружено не было. Однако наличие выраженных склеротических изменений венечных артерий сердца, обнаруженных при судебно-медицинском исследовании трупа Н., дает основание полагать, что смерть его могла наступить от спазма болезненно измененных артерий, обусловившего наступление острой ишемии (малокровия) мышцы сердца...

При детальном изучении представленных материалов дела экспертной комиссией было установлено, что *вскоре после* произведенной новокаиновой паранефральной блокады состояние больного ухудшилось. У него появились онемение верхних и нижних конечностей, слабость, цианоз губ, кончиков пальцев, цвет лица принял землистый оттенок, что могло явиться причиной (надо полагать — проявлением.— *И. В.*) реакции организма на введение новокаина. Учитывая, что вышеописанное ухудшение состояния наступило *после введения новокаина,* экспертная комиссия не исключает возможности повышенной чувствительности к новокаину со стороны больного Н.»

Здесь вывод о возможной повышенной чувствительности к новокаину откровенно строится по формуле post hoc, ergo propter hoc.

Правильным было бы дать анализ наблюдавшимся симптомам, попытаться сравнить их с симптомами, возникающими при повышенной чувствительности к новокаину, и отсюда делать вывод.

Логическая ошибка «от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно» (a dicto secundum quid ad dictum simpliciter) возникает тогда, когда какому-либо положению,

действительному в условном, относительном смысле, придается значение безусловного, безотносительного.

Больной Ф., 22 лет, умер внезапно во время операции аппендэктомии, проводившейся вначале под местным, а затем под общим эфирно-кислородным масочным наркозом. В заключении экспертной комиссии написано:

«Тщательное изучение акта судебно-медицинского исследования трупа гр-на Ф. и других материалов, имеющихся в представленном деле, позволяет считать, что смерть наступила вследствие асфиксии. Количество использованного при операции эфира не превышало допустимой дозы для производства оперативного вмешательства. Техника дачи наркоза соответствовала установленным правилам. Что касается эфира, использованного во время операции гр-на Ф., то следует отметить, что качество его *не соответствовало* требованиям Государственной фармакопеи СССР IX издания. Конкретно судить о том, что в данном случае явилось причиной возникновения и развития асфиксии, не представляется возможным. Однако анализ медицинской документации, имеющейся в материалах дела, позволяет полагать, что у гр-на Ф. имелась *повышенная индивидуальная чувствительность* к эфиру, обусловившая развитие судорог с последующей асфиксией.

Комиссия считает необходимым отметить, что указанное мнение ее подтверждается и тем, что серия эфира для наркоза, использованная для операции гр-на Ф., применялась и ранее, но каких-либо осложнений, аналогичных при данной операции, известно не было. Мнение экспертной комиссии не расходится с оценкой аналогичных случаев смерти от эфирного наркоза, освещенных в медицинской (Е. Н. Мешалкин и В. П. Смольников), в частности судебно-медицинской, литературе (М. И. Авдеев).

Таким образом, экспертная комиссия приходит к предположительному выводу о наличии у гр-на Ф. повышенной чувствительности к эфиру, что и явилось причиной смерти. В качестве одного из подтверждений этого вывода приводится цитата из руководства М. И. Авдеева. Это подтверждение несостоятельно. В руководстве речь идет о случаях смерти от наркоза при соблюдении всех установленных требований к наркозу, а в данном конкретном случае было применено некачественное наркотизирующее средство. Положение, верное при определенных условиях, используется для подтверждения экспертных выводов в ситуациях, где требуемые условия отсутствуют, — это и есть ошибка «от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно».

В отдельных заключениях можно встретить одновременно нарушение нескольких требований логики.

Гр-ка С., 31 года, поступила на фельдшерско-акушерский пункт с начавшимися срочными родами.

В анамнезе двое родов и аборт. Через $1^1/_2$ суток при полном открытии шейки матки отошли воды, схватки стали резко болезненными. Вызванная из участковой больницы акушерка К. ввела питуитрин, после чего схватки усилились, роженица стала беспокойной, изменилась форма матки. С подозрением на разрыв матки роженица была доставлена в участковую больницу, где врачами Л. и Ш. поставлен диагноз преждевременной отслойки плаценты, и больная направлена в районную больницу. При срочной лапаротомии обнаружен разрыв матки, в брюшной полости мертвый плод и большое количество крови. Во время операции наступила смерть. Экспертная комиссия дала следующее заключение:

«3. В акте исследования трупа роженицы Б. не указаны размеры таза: а) истинной конъюгаты, б) диагональной конъюгаты, в) индекса Соловьева (измерения запястья). В акте не указана окружность живота и нет данных о высоте стояния дна матки, по которым можно было бы разрешить вопрос о весе плода теоретически по совокупности данных окружности живота и высоте стояния дна матки. Поэтому *не имеется возможности* установить по материалам дела о соответствии или несоответствии плода и родовых путей роженицы.

5. ...Тактика акушерки К. у постели роженицы неправильная: учитывая затяжные роды, К. *не установила признаков несоответствия* головки плода родовым путям матери; не учла признаков угрожающего разрыва — резко болезненные схватки матки».

Но упрек в адрес акушерки в том, что она не установила признаков несоответствия размеров головки плода и родовых путей матери, будет справедлив лишь тогда, когда такое несоответствие объективно установлено и признано в первую очередь самими экспертами. Эксперты же, как мы видим, воздерживаются от такого вывода, тем самым совершая ошибку «предвосхищение основания».

В данном случае правильным был бы ответ, что разрыв матки связан либо с несоответствием размеров головки плода и родовых путей, либо с неправильным вставлением головки, либо с поперечным или косым положением плода. Акушерка должна была выяснить характер патологии родов, должна была обнаружить явления угрожающего разрыва матки.

Дальше в этом же заключении поведение врача оценивается так:

«...Тактика врача Л. содержит ряд ошибок:

...б) При постановке диагноза «Преждевременная отслойка

плаценты врач не разобрался в данном случае. *Л. обязан был оказывать немедленную хирургическую помощь на месте*, так как больная нетранспортабельна. В связи с низкой квалификацией его как хирурга и отсутствием в то время операционного блока в больнице *необходимо было вызвать операционную бригаду с материалами для оказания медицинской помощи на месте*».

Здесь врачу Л. в одно и то же время вменяются в обязанность противоположные действия: он должен был оказывать немедленную хирургическую помощь (необходимыми навыками и знаниями по которой, по-видимому, не владел и для которой не было условий) и вызывать операционную бригаду. В заключении нарушены требования закона непротиворечия, и поэтому нельзя понять, как же все-таки должен был поступить врач.

Правильный ответ должен был бы гласить, что, поскольку роженица была нетранспортабельна и нуждалась в экстренной операции, а врач Л. методикой хирургического лечения не владеет, он должен был срочно вызвать операционную бригаду и принять все возможные меры к поддержанию жизни больной, к подготовке операционной, вызову необходимого персонала, доноров и др.

Следует подчеркнуть, что все приведенные заключения написаны не начинающими судебно-медицинскими экспертами, а членами экспертных комиссий областных, краевых, республиканских бюро судебно-медицинской экспертизы. В состав этих комиссий, как известно, входят наиболее квалифицированные специалисты, к которым мы вправе предъявить более высокие требования.

Игнорирование законов и правил логики приводит к ошибочным выводам, которые затрудняют органам правосудия принять правильное решение. Овладение законами логики позволит избежать подобных ошибок. Вместе с тем положения логики могут быть использованы при построении экспертного заключения, о чем пойдет речь в следующей главе.

# III.

## ВОПРОСЫ ЛОГИКИ В ПОСТРОЕНИИ ЭКСПЕРТНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Форма и содержание экспертного заключения находятся между собой в диалектическом единстве: являясь противоположностями, они в то же время не существуют друг без друга. Форма всегда есть способ выражения содержания, содержание не может быть выражено иначе, чем в какой-то форме.

Далеко не безразлично, в какую форму будет облечено содержание. Подходящая форма полнее раскрывает содержание заключения, делает его более понятным для следствия, увеличивает его доказательственную ценность. Задача состоит в том, чтобы для каждого заключения найти наиболее целесообразную форму.

Анализ нашего материала показывает, что обычно экспертные заключения состоят из пунктуальных ответов на поставленные вопросы. Лишь в редких случаях эксперты позволяют себе изменить последовательность ответов или объединить ответы на несколько близких по смыслу вопросов.

Заключения, построенные по типу «вопрос—ответ», нередко обладают существенными недостатками.

Разберем эти недостатки на конкретных примерах.

Необходимо, чтобы выводы заключения были логически связаны друг с другом. Каждый последующий пункт должен в той или иной степени опираться на предыдущие. Это требование соблюдается не всегда.

«1. Смерть С. наступила от закрытого компрессионного перелома VII шейного позвонка с повреждением спинного мозга, сопровождавшегося отеком бульбарной части головного (продолговатого) мозга с последующей остановкой дыхания.

2. У гр-на С. имелся закрытый компрессионный перелом VII шейного позвонка с повреждением спинного мозга. Других повреждений на теле гр-на С. найдено не было. Это повреждение было получено при ударе твердым тупым предметом по продольной оси тела или падении на таковой. Отсутствие других каких-либо повреждений на теле, кроме закрытого перелома позвоночника, дает

основание полагать, что оно могло быть получено при падении и ударе о землю.

3. Как указывалось выше, повреждением, повлекшим за собой смерть гр-на С., является закрытый компрессионный перелом позвоночника с повреждением спинного мозга, обусловивший развитие отека бульбарной части головного (продолговатого) мозга с последующей остановкой дыхания.

4. Лечение гр-на С. проводилось правильно и в полном объеме».

Эксперты начинают заключение с определения причины смерти, а затем выясняют характер и происхождение травмы. В таком случае первый и второй пункты заключения между собой никак не связаны, и каждый вывод воспринимается как совершенно самостоятельный. Если же первый и второй пункты заключения поменять местами, то ответ на вопрос о причине смерти явится логическим продолжением вывода об имевшихся повреждениях. Третий пункт этого заключения представляет собой повторение первого и никаких новых сведений не содержит. Поэтому в целом заключение значительно выиграет, если его начать с определения имевшихся повреждений (пункт 2), затем установить причину смерти (пункт 1 или 3) и закончить выводом о правильности лечения (пункт 4).

В разбираемом примере умышленно оставлено без внимания то обстоятельство, что в заключении освещены далеко не все вопросы, которые должны интересовать следователя; не рассматривается также проблема правильности и формы ответов.

В некоторых заключениях встречаются многократные повторения.

Больная Г., 21 года, умерла через несколько часов после операции по поводу прервавшейся трубной беременности. Заключение экспертов:

«1. Смерть Г. наступила от обильной внутренней кровопотери, осложнившейся тяжелым шоком, что подтверждают клиническое течение и данные вскрытия. Лечение больной Г. проводилось правильно, но в послеоперационном периоде следовало бы проводить повторные переливания крови капельным путем, противошоковой жидкости, промедола, т. е. лечение должно быть более энергичным. Заключение судебно-медицинского эксперта Д. о причине смерти дано правильно.

2. Больная Г. по поводу аппендицита операции не подвергалась.

3. Диагноз — внематочная беременность — установлен правильно. Предварительно была произведена пункция заднего свода, при которой получена кровь. Диагноз подтвержден на операции, на секции и гистологическим исследованием.

4. Лечение больной Г. соответствовало диагнозу. Операция была произведена быстро и правильно.

5. Как указано выше, медицинская помощь в послеоперационном периоде должна была бы проводиться более энергично.

6. Методика оперативного вмешательства была выбрана и технически произведена правильно.

7. Как уже было отмечено, лечение в основном проводилось правильно. Однако для поднятия артериального давления и возмещения кровопотери нужны были более энергичные меры».

Пункты 4, 5, 6 и 7 заключения повторяют друг друга и не добавляют ничего принципиально нового ко второй части пункта 1, где говорится о лечении. Сам вывод о лечении сформулирован неудачно: «Лечение проводилось правильно, но недостаточно энергично».

Заключение заметно выиграет, если устранить повторяющиеся ответы (пункты 4, 5, 6, 7), расположить ответы в следующей последовательности (согласно прежней нумерации) — 3—1—2, каждый ответ обстоятельно обосновать. При этом заключение могло бы выглядеть примерно так:

«1. Больная Г., 21 года, поступила в районную больницу с жалобами на внезапно возникшие боли в правой подвздошной области. В больнице отмечались резкая бледность, холодный пот, частый пульс, низкое артериальное давление. При пункции заднего свода получена кровь.

Собранные данные давали основание диагностировать нарушенную внематочную беременность. Этот диагноз и был поставлен врачами.

2. При нарушенной внематочной беременности необходима экстренная операция. Такая операция через 2 ч. 45 мин. после установления диагноза была произведена врачом, вызванным из областного центра. При операции диагноз внематочной беременности был подтвержден, в брюшной полости обнаружено около 1,5 л крови. Разорванная правая маточная труба удалена, брюшная полость осушена от крови и зашита наглухо. Перед операцией и в ходе ее переливались кровь (420 мл), противошоковая жидкость (400 мл), 40% раствор глюкозы (60 мл).

3. Таким образом, диагноз гр-ке Г. в больнице был поставлен правильно и своевременно, операция была показана, произведена своевременно и технически правильно. Однако следует отметить, что больной было перелито мало крови и кровопотеря не была возмещена.

4. После операции состояние больной оставалось тяжелым, развился послеоперационный шок, и наступила смерть. Одним из факторов, обусловивших развитие шока, была невозмещенная кровопотеря.

Для борьбы с шоком применяются повторные переливания крови, противошоковой жидкости, вводятся обезболивающие и сердечные средства, производится согревание больной и т. д. Все эти мероприятия, за исключением переливания крови, проводились. Таким

образом, лечение больной Г. в послеоперационном периоде было неполным.

5. Смерть гр-ки Г. наступила от внематочной (трубной) беременности, приведшей к разрыву трубы и обильному внутреннему кровотечению, что потребовало производства экстренной операции, осложнившейся послеоперационным шоком.

6. Если бы борьба с шоком велась более энергично, возможно, что жизнь гр-ки Г. удалось бы спасти.

7. Операции по поводу аппендицита больная Г. не подвергалась».

Следующий пример показывает, как ограничивается инициатива экспертов в отношении разрешения важных, имеющих значение для дела вопросов.

Больной Л., 49 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы 11/XI в состоянии средней тяжести с жалобами на резкие боли в животе, тошноту, отрыжку. Заболел накануне. В прошлом перенес две операции грыжесечения. При исследовании установлены напряжение мышц брюшной стенки и разлитая болезненность в области живота. На следующий день хирургом П. заподозрен острый панкреатит, и больной переведен в хирургическое отделение. Утром 13/XI состояние больного тяжелое, боли усилились, живот вздут, частая рвота. В этот день дважды собирался консилиум, констатировавший, что у больного задержка стула и газов в течение $1^1/_2$ суток, острые приступообразные боли в животе, неоднократная рвота, слабость, олигурия, положительный симптом Щеткина. Заподозрена «прободная язва на фоне спаечной непроходимости», и вечером 13/XI произведена лапаротомия, при которой обнаружена спаечная непроходимость кишечника с перфорацией тонкой кишки. После операции состояние Л. тяжелое, утром 15/XI он умер. Ниже мы приводим поставленные экспертом вопросы и полученные ответы.

Вопрос: «В полном ли объеме в условиях Вяземской железнодорожной больницы врачом П. произведено обследование больного Л. 11/XI?»

Ответ: «Больной Л. поступил в Вяземскую железнодорожную больницу в 19 ч 40 мин 11/XI и был госпитализирован в терапевтическое отделение. При поступлении осмотрен дежурным врачом, состояние больного не было угрожающим. Врачом П. больной был осмотрен 12/XI, и им были предприняты все необходимые мероприятия для уточнения характера заболевания, которые могли быть проведены в условиях данной больницы».

Вопрос: «Соответствовало ли проводимое лечение больного Л. диагнозу его болезни до производства операции?»

Ответ: «Все лечебные мероприятия, проводившиеся больному

до операции, соответствовали наблюдавшейся клинической симптоматике».

Вопрос: «В полном ли объеме больному Л. была оказана медицинская помощь? Если нет, то какие мероприятия следовало бы еще провести?»

Ответ: «Медицинская помощь Л. до операции была оказана в полном объеме».

Вопрос: «Не было ли противопоказано лечение, примененное Л. до операции? Не вызвало ли это лечение ухудшение его состояния или смерть?»

Ответ: «Лечение Л. было правильным и не могло ухудшить его состояние и тем более вызвать наступление смерти».

Вопрос: «Что явилось основной причиной смерти Л.: характер и тяжесть самого заболевания или несвоевременность примененных методов лечения? Если смерть Л. обусловлена несвоевременностью хирургического вмешательства, то какие последствия были этим вызваны?»

Ответ: «В результате двух ранее перенесенных полостных операций у Л. образовались спайки в брюшной полости, которые вызвали частичное нарушение проходимости тонкого кишечника. Распознавание частичной непроходимости кишечника нередко затруднительно, особенно в начальном периоде, и подчас эти явления могут быть ликвидированы без оперативного вмешательства. В данном случае 13/XI частичная непроходимость осложнилась прободением стенки тонкой кишки на ограниченном участке вследствие нарушения кровоснабжения кишечной стенки, в связи с чем и была произведена своевременно операция. Причиной смерти Л. явился хронический спаечный процесс в брюшной полости, осложнившийся частичной непроходимостью тонкого кишечника с ограниченным прободением стенки кишки и развитием воспаления брюшины. Указанное заболевание с его осложнениями является тяжким, опасным и дает большой процент смертности».

Вопрос: «Не страдал ли Л. какими-либо иными заболеваниями, которые бы могли повлиять на слабую сопротивляемость организма или даже на саму смерть?»

Ответ: «Имевшееся у Л. хроническое заболевание двенадцатиперстной кишки и последствия бывших ранее двух оперативных вмешательств (спайки в брюшной полости) обусловили общее ослабление организма».

Вопрос: «Правильно ли технически была произведена операция Л. и научно обоснована ли была избранная методика лечения?»

Ответ: «Операция, производившаяся Л., была показана, выполнена методически и технически правильно».

Вопрос: «Обязан ли был врач П. при обнаружении им у Л. спаечной непроходимости кишечника сделать неотложную хирургическую операцию?»

Ответ: «При выявлении признаков спаечной непроходимости оперативное вмешательство предпринимается в тех случаях, когда консервативные методы лечения не дают эффекта. В данном случае врач П. произвел операцию Л. при выявившихся показаниях к этому и отсутствии результата от ранее проводившегося лечения».

Вопрос: «Правильно ли производилось послеоперационное лечение и уход за больным?»

Ответ: «Послеоперационное лечение и уход за больным Л. производились правильно»,

Эксперты никаких недостатков в оказании медицинской помощи больному Л. не находят. Едва ли с этим следует безоговорочно согласиться.

Характер заболевания и необходимость оперативного лечения были определены почти через 2 суток после поступления в больницу. Почему так поздно? На этот важный в данном случае вопрос заключение не дает ответа. От начала заболевания до операции прошло 3 суток. За это время патологический процесс зашел настолько далеко, что наступили некроз и перфорация кишечной стенки, а тяжелая и длительная интоксикация и обезвоживание привели к снижению защитных сил организма. В таких условиях даже операция в сочетании с показанным медикаментозным лечением не всегда может обеспечить благоприятный исход.

Вероятность благоприятного исхода была бы значительно большей при проведении операции в ранние сроки. Следовательно, все дело в своевременной диагностике. Была ли возможность раньше поставить правильный диагноз? Экспертами этот вопрос не исследован, поскольку он прямо перед ними не ставился.

Запоздалое установление правильного диагноза могло быть обусловлено либо атипичностью клинической картины заболевания, либо невнимательностью при обследовании, слабым знанием клиники, неумением оценить клинические симптомы и т. д. Эксперты не пытались разобраться в этих вопросах. Между тем знание указанных моментов имеет существенное значение не только для правильной квалификации действий врача, но и для предупреждения возможных в будущем повторных диагностических ошибок.

Кроме того, в цитированном заключении налицо и другие недостатки: ответы не аргументированы, повторяются, не везде соблюдена логическая последовательность между ними.

Иногда эксперты как бы уклоняются от решения существенных вопросов, вытекающих из материалов дела.

У мальчика М., 13 лет, 3/V после падения с дерева возник патологический перелом левого бедра в области имевшейся остеобластокластомы. Через 16 дней произведена открытая репозиция отломков, удалены свободные костные осколки, сделан остеосинтез аутотрансплантатом из подвздошной кости. Общее состояние мальчика все время удовлетворительное, послеоперационные раны на

бедре и в подвздошной области зажили первичным натяжением.

С целью стимулировать консолидацию отломков 22/VI мальчику было перелито 200 мл консервированной крови месячной давности. Через $1^1/_2$—2 часа после переливания возник озноб, температура поднялась до 40°. В последующие дни отмечалось ухудшение общего состояния: жалобы на сильную головную боль, боли во всем теле, боль в груди слева при дыхании; пульс до 120 ударов в минуту, лейкоцитоз до 23 000, тромбозы кровеносных сосудов кисти и стопы с гангреной пальцев. Консультировавшая больного доцент С. считала, что у мальчика был анафилактический шок, связанный с переливанием недоброкачественной крови, и диагностировала двустороннюю тотальную токсическую пневмонию и токсический нефрит. Проводимое лечение — антибиотики, общеукрепляющие средства, сердечные — эффекта не дало, и 9/VII мальчик умер. При патологоанатомическом исследовании трупа отмечена выраженная картина септикопиемии. Экспертная комиссия дала следующее заключение.

«1. У М. имел место патологический перелом верхней трети левого бедра, возникший на фоне болезненно измененной кости—остеобластокластомы, осложненный септикопиемией.

2. Хирургическое вмешательство было обосновано.

3., 4, 8. Операция М. была произведена правильно, и в послеоперационном периоде ошибок в лечении не было допущено, за исключением переливания крови с просроченным сроком хранения (31 день при допустимом хранении 30 дней), что могло явиться причиной ухудшения состояния больного.

5. Причину сепсиса установить в настоящее время трудно. Не исключена возможность наличия у больного криптогенной инфекции в миндалинах или источником инфекции мог послужить имевшийся у М. бородавчатый эндокардит.

6. Причиной смерти М. явилась септикопиемия.

7. Оперативное лечение и лечение в послеоперационном периоде у М. производилось правильно.

9. В борьбе за жизнь М. были применены все доступные медицинские средства, однако даже при условии применения всех имеющихся средств в таких тяжких случаях не всегда удается спасти жизнь больного».

В данном случае к основному заболеванию, с которым мальчик находился в больнице, присоединился сепсис. Крайне важно было выяснить причину сепсиса, происхождение его. Это позволило бы оценить правильность лечения и решить вопрос об ответственности медицинских работников.

Из обстоятельства дела следует, что мальчику была перелита кровь с истекшим сроком годности. Переливание вызвало тяжелую реакцию, в дальнейшем развился тяжелый сепсис со смертельным исходом. Врачи связывали ухудшение состояния с гемотрансфузией. В такой ситуации эксперты не имели права обойти молчанием вопрос о связи между гемотрансфузией и сепсисом.

Между тем на прямо поставленный вопрос о причине сепсиса эксперты высказывают предположение (пункт 5) о возможности распространения инфекции из миндалин или клапанов сердца и ничего не говорят о вероятной связи между сепсисом и гемотрансфузией. Может быть, в распоряжении комиссии были какие-то веские доводы, исключающие эту связь, — тогда их следовало привести. Если же материалы дела не позволяли более или менее определенно решить возникший вопрос, то об этом следовало прямо сказать в заключении. Но уход от ответов на важные для дела вопросы является ошибкой.

Таким образом, сама система построения заключений по типу «вопрос—ответ» в значительной мере способствует возникновению ряда недостатков. Можно ли предусмотреть какую-то общую схему, которая оказалась бы способной устранить эти недостатки и в то же время была бы подходящей для разнообразных по характеру «врачебных» дел?

По мнению Д. П. Косоротова (1900), предложить какие-либо конкретные рекомендации по составлению судебно-медицинских заключений невозможно, так как заключение «пишется по общим правилам всякого рассуждения и может заключать все способы доказательств, лишь бы они вели к логически правильным выводам».

Вопросы методики построения заключений при судебно-медицинских исследованиях трупов разрабатывались М. И. Райским (1953), М. И. Касьяновым (1956), В. И. Воскобойниковым (1959), А. И. Законовым (1959), Л. Н. Наместниковой (1965); вопросы составления заключений при судебно-медицинской экспертизе живых лиц освещены в работах М. И. Авдеева (1962, 1968).

При всей индивидуальности каждого единичного заключения в нем имеются особенности, присущие другим заключениям по интересующей нас категории дел. Эти особенности заключаются в определенном круге разрешаемых вопросов, в определенной связи между вопроса-

ми, в определенных объектах и предметах исследования и даже в некоторых общих ошибках.

Анализ показывает, что вопросы, подлежащие разрешению при судебно-медицинской экспертизе правильности действий медицинских работников, при всем многообразии их формулировок могут быть сведены в две основные группы: вопросы о различных особенностях здорового и больного человеческого организма и вопросы о действиях медицинских работников (необходимых или предпринятых) в определенной ситуации. К первой группе относятся вопросы о характере заболевания, его осложнений, об этиологии и патогенезе, особенностях симптоматики (диагностики), причине смерти, прогнозе (возможности спасти жизнь). Вторая группа включает в себя вопросы о правильности диагностики, правильности лечения, последствиях тех или иных действий медицинского персонала, о возможности предвидеть последствия этих действий.

Вопросы, выходящие за пределы перечисленных, встречаются нечасто и поэтому не могут изменить общего правила.

Именно наличие определенного, в общем ограниченного круга подлежащих исследованию вопросов, наличие объективно существующих связей между этими вопросами дает возможность, обобщив экспертную практику, рекомендовать общую схему заключений по названным делам.

С чего следует начинать заключение? Узловым, или «ключевым», вопросом, разрешение которого совершенно необходимо для выяснения всех остальных моментов, является вопрос о характере заболевания и его осложнениях, если они есть. Насколько усложняется задача экспертной комиссии, когда не удается выяснить характер заболевания, можно видеть на примере следующего заключения.

«1. Записи в подлиннике истории болезни № 40, относящиеся к состоянию больного Р. до производства операции, с одной стороны, и показания свидетелей — врачей Ч., А. и операционной сестры П-ой, с другой — противоречивы.

В истории болезни указано, что при операции был обнаружен острый флегмонозный аппендицит. Однако в показаниях свидетелей указано, что червеобразный отросток по внешнему виду изменен не был.

Учитывая обнаруженные в материалах дела противоречия, категорически ответить на вопрос: «Правильно ли был установлен диагноз больному Р.?» — не представляется возможным.

Если записи в истории болезни соответствуют действительности, то диагноз, установленный больному Р. врачом П., был поставлен правильно. Как указано в истории болезни, при осмотре больного Р. хирург П. располагал следующими данными: острое начало заболевания, резкие боли в правой подвздошной области, в том числе болезненность в точках Мак Бурнея и Лянца, положительные симптомы Блюмберга—Щеткина, Ровзинга и Ситковского, а также повышенное количество лейкоцитов — до 12 700. Перечисленные признаки являются характерными для острого аппендицита. Кроме того, сравнительно невысокая температура (37,4°) при поступлении больного Р. в больницу, отсутствие влажных хрипов при выслушивании легких врачом А., а также данные рентгеноскопии грудной клетки позволили врачу П. отвергнуть воспаление легких.

Вместе с тем нельзя не отметить тот факт, что хирург П. в период обследования больного, подготовки его к операции и производства операции находился в нетрезвом состоянии, что естественно вызывает серьезное сомнение в объективности записей, имеющихся в истории болезни.

Если же записи в истории болезни не соответствуют действительности, и правильны показания свидетелей, что червеобразный отросток не был изменен, то диагноз, поставленный больному Р. врачом П., был неправильным и, следовательно, необходимости в оперативном вмешательстве не было.

Смерть больного Р. последовала от разлитого гнойного перитонита, обусловившего развитие общей интоксикации организма.

2. В условиях районной больницы обследование больного, согласно медицинской документации, произведено в полном объеме.

3. От момента поступления больного Р. в стационар до начала оперативного вмешательства прошло 1 ч. 30 мин. В течение этого периода времени проводилось обследование. Какого-либо лечения в это время не проводилось.

4. Если записи в истории болезни соответствуют действительности, то до оперативного вмешательства какое-либо консервативное лечение больному Р. показано не было.

5. Никакого лечения больному Р. до операции не проводилось, поэтому вопрос о противопоказаниях к лечению отпадает.

6. При условии соответствия действительности записей в истории болезни операция аппендэктомии больному Р. была обоснована. При наличии симптомов острого аппендицита врач П. был обязан немедленно произвести операцию. Однако, по показаниям свидетелей, достаточно выраженных признаков этого заболевания у больного Р. не было, и для уточнения диагноза требовалось динамическое наблюдение.

7. Согласно существующим инструкциям, при заболевании острым аппендицитом показано срочное оперативное вмешательство. Если у больного Р. действительно имело место это заболевание, то его следовало немедленно оперировать. Если же учесть показания свидетелей, то оснований к срочному оперативному вмешательству у больного Р. не было. Таким образом, экспертная комиссия не может ответить на вопрос, имело ли место нарушение существующих инструкций.

8. Производство операции аппендэктомии научно обосновано при заболевании аппендицитом в том случае, если диагноз заболевания был больному Р. поставлен правильно.

9. По данным истории болезни и акта судебно-медицинского исследования трупа, червеобразный отросток был удален правильно. Тем не менее показания свидетелей находятся в противоречии с записями в истории болезни. Согласно этим показаниям, врач П., будучи в нетрезвом состоянии, ошибочно принял поперечноободочную кишку за слепую, в связи с чем оперативное вмешательство сопровождалось дополнительной травмой, кровотечением и значительным удлинением срока производства операции. Если показания свидетелей соответствуют действительности, то при проведении операции имели место упомянутые технические погрешности.

10. Лечение больного Р., судя по записям в истории болезни, в послеоперационном периоде проводилось правильно и в полном объеме.

11. Как указывалось выше, данные истории болезни противоречат показаниям проходящих по делу свидетелей. Это обстоятельство не позволяет судить о соответствии или несоответствии записей в истории болезни объективным данным заболевания Р.

12. Непосредственной причиной смерти больного Р. явился разлитой гнойный перитонит, обусловивший общую интоксикацию организма. Если у больного Р. действительно была флегмонозная форма аппендицита, то перитонит мог развиться и при правильном в техническом отношении проведении операции. Если же свидетельские показания отвечают действительности, то причиной перитонита могли быть вышеуказанные технические погрешности, допущенные хирургом П. при оперативном вмешательстве. Что же касается виновности хирурга П., то решение этого вопроса не входит в компетенцию экспертной комиссии. Тем не менее необходимо отметить, что врач П. во время производства операции находился в нетрезвом состоянии, что является совершенно недопустимым.

13. При судебно-медицинском исследовании трупа Р. лигатур на поперечноободочной кишке обнаружено не было. Однако общеизвестно, что лигатуры из кетгута рассасываются обычно в течение 7—10 дней. Период времени от производства операции Р. до наступления смерти равен 14 дням; следовательно, к моменту вскрытия трупа Р., если лигатуры и были, то они могли рассосаться.

Несмотря на столь пространное заключение, эксперты не смогли дать определенный ответ на решающие вопросы о правильности диагностики, правильности лечения. Произошло это потому, что не удалось установить характер основного заболевания.

Одно из следствий, вытекающих из логического закона тождества, гласит: для понимания последующих рассуждений необходимо четко определить исходные позиции. Применительно к экспертному заключению это означает, что экспертная комиссия в первом пункте должна определить свое понимание патологического процесса, свое кредо. Тем самым станут более понятными последующие ответы заключения.

Первый пункт заключения (как, впрочем, и остальные) должен быть аргументированным. Ответы типа:

«У гр-на П. было такое-то заболевание» или «Судя по клинической картине заболевания и по результатам вскрытия трупа, гр-н В. страдал таким-то заболеванием» — неприемлемы. Необходимо четко указать, *какие именно* клинические симптомы и морфологические изменения свидетельствуют о наличии данного конкретного заболевания.

В какой последовательности лучше всего разрешать остальные вопросы, мы покажем на примерах нескольких заключений с пояснениями в тексте.

«1. При поступлении гр-на Б. в больницу у него было обнаружено: колото-резаная рана живота с выпадением петель тонкой кишки, колото-резаное ранение нижнего отдела спины слева; дыхание слева не прослушивалось, при перкуссии (выстукивании) определялся тимпанит; общее состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов, холодный пот.

Вышеуказанные признаки свидетельствуют, что гр-ну Б. были причинены проникающие ранения брюшной полости и грудной клетки слева, сопровождавшиеся внутренним кровотечением».

После решения вопроса о характере заболевания (повреждения) несложно выяснить правильность диагностики.

«2. При поступлении Б. в больницу был поставлен диагноз: проникающее ранение брюшной полости, проникающее ранение грудной полости слева, внутреннее кровотечение. Следовательно, диагноз в больнице был поставлен правильно и своевременно».

Но действия медицинских работников не ограничиваются установлением диагноза. Диагноз нужен лишь для того, чтобы проводить целеустремленное лечение. Поэтому в следующем пункте (пунктах) заключения должен быть дан анализ правильности лечения. Лечение может проводиться правильно или неправильно, но чаще бывает, что наряду с показанными лечебными мероприятиями что-то недоделывается либо делается неправильно. В ответе экспертная комиссия и должна указать, что сделано правильно, что неправильно, должна оценить степень существенности упущений в лечении и их последствия.

«3. При проникающем ранении брюшной полости показана экстренная операция с диагностической и лечебной целью. Промедление с производством операции резко ухудшает прогноз. Необходимая операция произведена Б. через 15 минут после поступления в больницу. Тактика хирурга в данном случае была правильной, обследование гр-на Б. перед операцией произведено достаточно полно.

4. При операции хирургами обнаружено повреждение артерии брыжейки поперечноободочной кишки. Артерия перевязана, брюшная

полость осушена от крови, и операционная рана брюшной стенки зашита наглухо. Однако оперировавшими хирургами не были обнаружены (и, следовательно, не подверглись хирургической обработке) другие имевшиеся в брюшной полости повреждения: ранения задней стенки желудка и тонкой кишки. При тщательно проведенной ревизии брюшной полости во время операции эти повреждения хирурги должны были обнаружить.

5. Не было обнаружено также ранение левой почки и почечной артерии при хирургической обработке раны на спине».

Поскольку в лечении были допущены дефекты, в следующем пункте целесообразно охарактеризовать последствия указанных упущений.

«6. Содержимое желудка и кишечника, богатое болезнетворными микробами, через неушитые ранения этих органов свободно поступало в брюшную полость, что привело к развитию тяжелого осложнения — воспаления брюшины (перитонита)».

В одном из вопросов, предложенных экспертам, спрашивается о влиянии операции на состояние здоровья Б. На этот вопрос уместно ответить теперь.

«7. В результате проведенных при операции мероприятий: остановки кровотечения, переливания крови и т. д. — у гр-на Б. после операции временно отмечалось некоторое улучшение состояния (повысилось артериальное давление, стал сосчитываться пульс); в этом отношении операция принесла Б. какую-то пользу. Но так как при операции не были обнаружены и не подверглись ушиванию ранения желудка и кишечника, что повлекло за собой непрерывное инфицирование брюшной полости желудочным и кишечным содержимым с последующим развитием перитонита со смертельным исходом, практическая ценность операции в целом оказалась крайне низкой, и операция не спасла жизнь гр-ну Б.».

Дальше решается вопрос о причине смерти.

«8. Причиной смерти гр-на Б. является причиненное ему телесное повреждение: проникающее колото-резаное ранение живота с повреждением желудка, тонкой кишки и артерии брыжейки поперечно-ободочной кишки, осложнившееся воспалением брюшины — перитонитом.

Колото-резаное ранение спины с повреждением левой почки и почечной артерии, проникающее в левую плевральную полость, хотя и не является причиной смерти в данном случае, но вследствие вызванной им кровопотери и травматизации органов способствовало ослаблению сопротивляемости организма и наступлению смертельного исхода».

И наконец, для установления степени ответственности за допущенные при операции (лечении) дефекты необходимо решить вопрос о возможности предотвратить смертельный исход.

«9. Если бы повреждения желудка и кишечника были обнаружены и ушиты при операции, то возможно, что жизнь гр-на Б. была бы сохранена. Однако необходимо отметить, что каждое из ранений, причиненных гр-ну Б.: проникающее колото-резаное ранение живота с повреждением органов брюшной полости и колото-резаное ранение спины с повреждением почки и почечной артерии — является тяжким, опасным для жизни и могло привести к смерти даже при своевременно и правильно оказанной медицинской помощи».

В случаях, когда в ходе болезни меняется ситуация, исчезают одни явления и возникают новые, заключение целесообразно начинать с характеристики той фазы болезненного процесса, которая наблюдалась при первом обращении за медицинской помощью. Должны быть оценены также диагностика и лечение в этот период.

«1. У гр-ки Д., 40 лет, при первом обращении по поводу настоящей беременности отмечались отеки, повышенное кровяное давление, головные боли. Эти симптомы свидетельствуют, что у гр-ки Д. беременность сопровождалась токсикозом — нефропатией. Диагноз нефропатии в амбулаторной карте не поставлен, лечение нефропатии не проводилось».

После амбулаторного наблюдения больная поступила в стационар. Что наблюдалось в больнице?

«2. При поступлении гр-ки Д. в стационар участковой больницы 8/IV у нее наблюдались очень высокое кровяное давление, головная боль, боль в подложечной области, рвота, что является свидетельством наступления следующей, более тяжелой стадии токсикоза беременных — преэклампсии. Вскоре у больной возникли частые припадки эклампсии — самой тяжелой формы токсикоза беременности».

Установлено, что у больной была эклампсия. Как проводилось ее лечение?

«3. Лечение эклампсии заключается в создании покоя, устранении всех раздражителей, применении наркотиков, сернокислой магнезии, кровопускании и т. д. Больную помещают в отдельную затемненную палату, все манипуляции (впрыскивания лекарств, кровопускание, родоразрешение и т. п.) проводятся под легким наркозом.

Судя по записям в истории родов, необходимые мероприятия выполнялись не в полном объеме: нет указаний на помещение больной в затемненную палату, указаний на применение наркоза».

Как дальше протекала болезнь? Как проводилось лечение?

«4. После родов, которые произошли 9/IV и сопровождались припадком эклампсии, состояние Д. в течение нескольких дней оставалось тяжелым, затем началось медленное, постепенное улучшение. В этот период проводилось в основном симптоматическое лечение (вливания жидкостей, сердечные, витамины, антибиотики), что следует признать в общем правильным. Учитывая большую кровопотерю в родах, родильнице необходимо было переливание крови».

Через 7 дней после родов гр-ка Д. умерла. Необходимо установить причину смерти.

«5. Вечером 16/IV состояние Д. ухудшилось, появились одышка, беспокойство, синюшность кожных покровов, резко упало артериальное давление, и вскоре наступила смерть. При вскрытии трупа обнаружен сгусток крови в просвете легочной артерии. Исследование трупа произведено некачественно: не вскрыта полость черепа, не направлены внутренние органы на гистологическое исследование, не описаны другие кровеносные сосуды и т. д. В связи с этим в настоящее время не представляется возможным установить ни характер сгустка в легочной артерии, ни его происхождение, ни точную причину смерти. В отношении характера этого сгустка можно сделать два предположения: сгусток является либо посмертным, либо прижизненным (тромб). Учитывая наблюдавшиеся перед смертью явления: одышку, беспокойство, синюшность, падение артериального давления — более вероятным будет предположение, что сгусток является прижизненным. В таком случае непосредственной причиной смерти был тромбоз (закупорка свернувшейся кровью) легочной артерии. Однако причина самого тромбоза остается неясной. Можно предполагать, что воспалительный процесс с полости матки распространился на кровеносные сосуды таза, в них возникли тромбы, затем произошли отрыв одного из тромбов, перенос его током крови и закупорка легочной артерии».

Могла ли врач предвидеть и предотвратить возникновение тромбоза?

«6. Предвидеть и предотвратить наступление тромбоза врач В. могла».

Могла ли наступить смерть родильницы при правильном лечении?

«7. Эклампсия является наиболее тяжелой стадией позднего токсикоза беременных, опасным для жизни состоянием. К тому же гр-ка Д. потеряла в родах 1200 мл крови. Таким образом, после родов гр-ка Д. находилась в тяжелом, опасном для жизни состоянии, и смертельный исход мог наступить даже при правильном лечении».

Если окажется, что диагноз был установлен неверно или несвоевременно, то необходимо отразить возможность правильной и своевременной диагностики. Для этого следует дать понятие о степени трудности диагностики этого заболевания вообще, об особенностях диагностики в данном конкретном случае, о типичности клинической картины заболевания, о полноте обследования больного и затем высказаться о возможности поставить правильный диагноз.

Девочка Ч., 13 лет, находилась на лечении в районной больнице в течение $1^1/_2$ месяцев с диагнозом: ревматизм, активная фаза; ревмокардит. Реакция Пирке от-

рицательная, при рентгеноскопии в легких изменений не обнаружено. Проводимое противоревматическое лечение оказалось неэффективным, и девочка умерла. На вскрытии обнаружен милиарный туберкулез легких.

В подобном случае заключение можно начать с констатации основного заболевания и причины смерти.

«1. Как установлено патологоанатомическим вскрытием, у девочки Ч., 13 лет, был милиарный туберкулез легких, который и явился причиной смерти девочки».

Но так как лечащие врачи предполагали совсем другое заболевание, то для выяснения возможных причин диагностической ошибки необходимо иметь представление о трудности распознавания милиарного туберкулеза легких.

«2. Милиарный туберкулез легких по клинической картине может быть сходен с ревматизмом и с некоторыми другими инфекционными заболеваниями. В связи с этим диагностика милиарного туберкулеза трудна. Решающее значение в диагностике имеют туберкулиновые пробы и рентгенологическое исследование — рентгенография».

Необходимо осветить также и конкретные особенности симптоматики данного заболевания: сходство симптомов двух заболеваний, наличие симптомов, противоречащих поставленному диагнозу, полноту обследования.

«3. Девочке Ч. в больнице ставился диагноз ревматизма. Следует заметить, что наблюдавшиеся симптомы: повышенная температура, слабость, частый пульс, одышка, систолический шум при выслушивании сердца, вызванные в данном случае милиарным туберкулезом, встречаются и при ревматизме. Правильный диагноз мог быть поставлен, если бы были проведены дополнительные исследования — внутрикожная туберкулиновая проба (реакция Манту) и рентгенография».

Но у девочки была отрицательная реакция Пирке и отсутствовали изменения в легких при рентгеноскопии. Нужно объяснить, почему это возможно.

«4. Реакция Пирке при туберкулезе в некоторых случаях может быть отрицательной из-за снижения реактивности организма. При рентгеноскопии обнаружить милиарные бугорки в легких не всегда удается».

В одном из вопросов следователь интересуется наличием в крови изменений, характерных для туберкулеза. Ответ можно дать в этом же пункте.

«...Анализы крови у девочки Ч. каких-либо характерных для туберкулеза показателей не содержат».

После решения вопросов диагностики необходимо установить правильность лечения.

5. Назначенное и проводимое в больнице лечение соответствовало поставленному диагнозу — ревматизм. Это лечение было направлено на улучшение работы сердца, борьбу с инфекцией, борьбу с кислородным голоданием, обеспечение витаминами. Все это (за исключением кровопусканий, которые в данном случае противопоказаны) было необходимо больной. Но так как отсутствовало специфическое противотуберкулезное лечение (стрептомицин, фтивазид, ПАСК, гормональные препараты), то проводимое лечение оказалось недостаточным».

Поскольку лечение было недостаточным, следует выяснить возможность спасения жизни при правильном лечении.

«6. При полноценном лечении жизнь девочки Ч., возможно, была бы спасена. Однако необходимо отметить, что милиарный туберкулез легких относится к одной из наиболее тяжелых форм туберкулеза, и смерть от этого заболевания может наступить даже при правильном и своевременно начатом лечении».

Если лечение проводилось последовательно разными лицами или в разных медицинских учреждениях, то в заключении должны быть оценены действия каждого, кто оказывал медицинскую помощь.

«1. У гр-ки Ж., 35 лет, произошли срочные домашние роды. В связи с неотделившимся последом она была доставлена в родильное отделение районной больницы через 3 часа после рождения ребенка. Наблюдавшиеся при поступлении симптомы (слабость, головокружение, потемнение в глазах, зевота, тошнота, частый пульс, низкое артериальное давление) и данные анализа крови (2 760 000 эритроцитов в 1 мм$^3$) дают основание считать, что роды у Ж. сопровождались значительной кровопотерей, обусловленной, вероятно, задержкой последа в полости матки».

Первый пункт уже в определенной степени вводит читателя в курс дела. Дальше необходимо установить, правильно ли оказывалась медицинская помощь при поступлении в больницу.

«2. Медицинская помощь Ж. должна была заключаться в отделении последа и восстановлении кровопотери. Эти мероприятия были проведены работниками родильного отделения. Состояние Ж. улучшилось, артериальное давление поднялось до нормальных цифр. Таким образом, медицинская помощь Ж. при поступлении в родильное отделение оказана правильно».

Как протекал послеродовый период?

«3. В дальнейшем послеродовый период у Ж. протекал без каких-либо нарушений, состояние ее было удовлетворительным, температура нормализовалась, матка сокращалась хорошо. В таком состоянии Ж. была выписана домой на 12-й день после родов».

## Правильно ли поступил врач?

«...Следует отметить, что Ж. выписана из родильного отделения недообследованной: к моменту выписки не был произведен полный анализ крови. Не исключено, что данные анализа насторожили бы врачей в отношении возможности развития послеродовых осложнений и побудили бы к дальнейшему лечению и наблюдению за ней».

## Что произошло дальше?

«4. Через 7 дней после выписки из родильного отделения Ж. вновь поступила в районную больницу в тяжелом состоянии, с явлениями резко выраженной сердечно-сосудистой недостаточности и малокровия. Эти же явления без существенных изменений наблюдались у Ж. и в период лечения в Тюменской областной клинической больнице и в Кустанайской областной больнице».

## Необходимо выяснить, что за заболевание было у Ж.?

«...Указанные клинические проявления, периодические подъемы температуры, изменения в крови (ускоренная РОЭ, лейкоцитоз, сдвиг влево), желтушность кожи, увеличение печени и т. д. свидетельствуют, что у Ж. был послеродовый сепсис. Этот же диагноз был подтвержден и при патологоанатомическом исследовании трупа Ж.».

## Что представляет собой это заболевание, какова его причина?

«5. Сепсис, или общая гнойная инфекция, является тяжелым заболеванием, нередко приводящим к смерти даже при правильном лечении. В одних случаях инфекция проникает в организм через различные «входные ворота», в других случаях может происходить генерализация (распространение) имеющейся в организме «дремлющей» инфекции. Развитию сепсиса способствуют различные ослабляющие организм процессы: роды, кровопотеря и т. д.

У гр-ки Ж. роды происходили дома без оказания медицинской помощи. Это создавало условия для проникновения в организм инфекции. Роды сопровождались выраженной кровопотерей, что вызвало значительное ослабление защитных сил организма и способствовало развитию сепсиса».

## Как диагностировалось это заболевание?

«6. В период пребывания Ж. в родильном отделении выраженных проявлений сепсиса не наблюдалось. К тому же, как было отмечено выше, обследование Ж. перед выпиской было неполным. Поэтому диагноз сепсиса в родильном отделении поставлен не был.

В связи с тем что не известны показатели крови у гр-ки Ж. к моменту выписки, экспертная комиссия не может определенно ответить на вопрос о своевременности выписки Ж. из родильного отделения. Но учитывая, что вскоре после выписки из родильного отделения у Ж. развился тяжелый сепсис, надо полагать, что она была выписана преждевременно.

В больницах — Заводоуковской, Тюменской, Кустанайской — Ж. ставился диагноз сепсиса или септического состояния. Таким образом, диагноз больной Ж. в этих лечебных учреждениях ставился правильно».

Правильно ли проводилось лечение?

«7. Лечение при сепсисе заключается в назначении антибиотиков, переливаниях крови и кровезамещающих средств, введении витаминов, сердечных средств и т. д. Такое лечение и проводилось гр-ке Ж. Следовательно, лечение Ж. после установления сепсиса было правильным».

Какова причина смерти?

«8. Смерть гр-ки Ж. наступила от родов, осложнившихся острой кровопотерей с последующим выраженным малокровием, на фоне которого развилась общая гнойная инфекция — послеродовый сепсис».

Можно ли было спасти больную?

«9. Не исключено, что если бы в родильном отделении было заподозрено развитие сепсиса и было начато активное целеустремленное антисептическое лечение, то жизнь гр-ки Ж., возможно, удалось бы спасти. Но, как было сказано выше, нередко и при правильном и своевременном лечении может наступить смертельный исход».

Если смерть больной наступила во время операции, то заключение лучше начать с общей характеристики патологического процесса.

«1. У гр-ки К. было сужение таза I—II степени. Первая беременность закончилась искусственным родоразрешением с перфорацией головки плода. Настоящая беременность протекала без особых отклонений от нормы, но плод был крупным. В ходе родовой деятельности выявилось несоответствие между размерами плода и родовых путей матери. В такой ситуации родоразрешение естественным путем невозможно».

Естественно, что дальше должна быть показана необходимая врачебная тактика в подобных случаях и дана оценка действиям врачей в данной ситуации.

«...Поэтому для сохранения жизни матери и ребенка необходима операция — кесарево сечение, т. е. извлечение плода через брюшную полость. Эта операция и была произведена гр-ке К. в Тобольском родильном доме. При операции извлечен живой доношенный ребенок. Решение о производстве операции было правильным».

Во время операции наступила смерть больной. В заключении следует показать возникшее осложнение.

«2. Во время операции возникло тяжелое атоническое маточное кровотечение. Родильница потеряла 1500 мл крови и погибла на операционном столе».

Здесь же целесообразно определить причину смерти.

«...Таким образом, смерть гр-ки К. последовала от патологических родов крупным плодом при общеравномерносуженном тазе, потребовавших производства операции кесарева сечения и осложнившихся во время операции массивным атоническим маточным кровотечением».

Как следует бороться с возникшим осложнением?

«3. Атоническое кровотечение является опасным для жизни осложнением послеродового периода, требующим принятия экстренных энергичных мер. К таковым относятся: применение лекарств, сокращающих матку (питуитрин, окситоцин, эрготал, пахикарпин), массаж матки, перевязка маточных артерий и другие средства, вплоть до ампутации матки. Одновременно необходимо принимать меры к восстановлению кровопотери путем переливания крови или кровезамещающих жидкостей».

Какие меры борьбы с атоническим кровотечением применялись в данном случае? Какие ошибки допущены врачами?

«4. При производстве операции кесарева сечения отсутствовал должный контроль за состоянием роженицы, и смерть ее наступила неожиданно для врачей. В связи с этим предпринять какие-либо радикальные меры борьбы с кровотечением, возместить кровопотерю врачи не успели. Таким образом, основными недостатками в оказании медицинской помощи гр-ке К. явились отсутствие достаточного контроля за ее состоянием во время операции и отсутствие должной готовности к борьбе с атоническим кровотечением».

Была ли возможность спасти жизнь больной?

«5. Возможно, что при принятии всех необходимых мер жизнь гр-ки К. удалось бы спасти: однако следует заметить, что атонические кровотечения являются настолько грозным осложнением, что даже при проведении всех необходимых мер помощи не всегда удается предотвратить смертельный исход».

В случаях, не закончившихся смертельным исходом, основными поводами к возбуждению дел служат жалобы больных или их родственников на неправильное оказание медицинской помощи, что, по мнению этих лиц, повлекло за собой тот или иной ущерб здоровью.

Основными вопросами, подлежащими выяснению в таких случаях, являются правильность лечения, происхождение определенных болезненных расстройств и величина ущерба здоровью, причиненного лечением, если оно было неправильным.

Больная М., 35 лет, перенесла операцию по поводу внематочной беременности. В послеоперационном периоде ей были назначены вливания 5% раствора глюкозы. После введения 500 мл лекарства у М. образовался глубокий некроз мягких тканей левого бедра. Подозревается, что вместо глюкозы был введен 10% раствор хлористого натрия. Обвиняемая медицинская сестра С. считает, что она причинила ожог грелкой. Следователя интересует происхождение некроза, возможность пре-

дотвращения его после введения лекарства, тяжесть телесных повреждений и продолжительность нетрудоспособности при обычном (неосложненном) течении послеоперационного периода.

Заключение можно начать с констатации причиненного повреждения.

«1. У гр-ки М. имел место участок некроза (омертвения) мягких тканей левого бедра, возникший в результате подкожного введения какого-то вещества».

Для подтверждения этого вывода необходимо исключить возможность возникновения некроза от применения грелки.

«2. Ожоги, причиненные грелкой, бывают поверхностными и никогда не достигают глубины 4 см. В связи с этим возникновение некроза от ожога грелкой исключается».

Следует выяснить также и возможность образования некроза от введения 5% раствора глюкозы.

«3. От подкожного введения 5% раствора глюкозы некроз мягких тканей образоваться не мог, так как 5% раствор глюкозы широко применяется для подкожных вливаний и некрозов не вызывает».

Таким образом, остается сделать вывод, что больной было введено какое-то другое лекарство.

«4. Некроз мягких тканей левого бедра у гр-ки М. мог возникнуть от подкожного введения 10% раствора хлористого натрия или какого-либо другого гипертонического раствора».

Для оценки правильности дальнейших действий медицинской сестры необходимо выяснить возможность предотвращения некроза после того, как совершенная ошибка была обнаружена.

«5. Возможность полного предотвращения некроза мягких тканей после вливания раствора представляется сомнительной, однако не исключается, что при своевременном введении в область вливания больших количеств новокаина участок омертвения мог быть меньше».

Дальше решается вопрос о степени тяжести телесного повреждения.

«6. Причиненное гр-ке М., 35 лет, телесное повреждение — участок некроза мягких тканей левого бедра — относится к категории менее тяжких телесных повреждений, не опасных для жизни, но вызвавших длительное расстройство здоровья».

В конце заключения определяется продолжительность послеоперационного периода при неосложненном течении.

«7. Если бы не возникло некроза мягких тканей левого бедра, гр-ка М. после операции по поводу внематочной беременности при благоприятном течении послеоперационного периода могла находиться на больничном листе в течение примерно $1^1/_2$—2 месяцев».

Обобщая экспертную практику, можно рекомендовать следующую примерную схему составления заключения при судебно-медицинской экспертизе правильности действий медицинских работников.

1. В подавляющем большинстве изучаемых экспертиз целесообразно начинать заключение с выяснения характера имевшегося заболевания. Ответ должен быть аргументирован ссылкой на те конкретные клинические симптомы, морфологические изменения и другие данные, которые позволяют прийти к определенному выводу.

2. Во многих случаях полезно дать краткое понятие об этом заболевании, охарактеризовать его наиболее существенные особенности, знание которых необходимо для лучшего уяснения следователем и судом последующих выводов экспертной комиссии. Это могут быть особенности симптоматики и диагностики данной болезни, особенности ее патогенеза, течения, исходов и т. д.

3. Затем, сравнивая поставленный диагноз с действительно имевшимся заболеванием, следует отметить, насколько правильной и своевременной была диагностика.

При диагнозе, установленном правильно и вовремя, вопрос о полноте обследования обычно отпадает. В случаях, когда этот вопрос специально поставлен перед экспертами, можно признать, что обследование было достаточно полным.

Если же заболевание своевременно не распознано, то нужно отразить, насколько полно был обследован больной, какие из необходимых в данном случае диагностических приемов не были использованы, имелась ли возможность разобраться в сущности заболевания.

4. Должна быть определена правильность медицинской помощи. Ответ удобно представить в форме сопоставления необходимого и действительно проведенного лечения, закончив его общей оценкой оказанной медицинской помощи.

5. Если в ходе болезни возникали осложнения, в заключении должна быть отражена своевременность распознавания этих осложнений и правильность борьбы с ними. При ответах целесообразно придерживаться такой

последовательности: характер и сущность осложнения, правильность и своевременность диагностики, правильность лечения.

6. Если медицинская помощь больному оказывалась последовательно разными медицинскими работниками или в разных медицинских учреждениях, в заключении следует дать оценку правильности диагностики и лечения каждым куратором или коллективом каждого учреждения.

7. При дефектах в оказании медицинской помощи должны быть установлены последствия неправильного лечения.

8. Ответ на вопрос о причине смерти в заключении может быть расположен по-разному. В случаях, когда смерть связана непосредственно с основным заболеванием (повреждением) или наступила вскоре после поступления больного в лечебное учреждение, о причине летального исхода можно высказаться в первом или втором пункте заключения вслед за определением характера заболевания.

Если же летальный исход связан с возникшими в период лечения осложнениями или с дефектами медицинской помощи, то ответ на вопрос о причине смерти лучше поместить после решения всех вопросов о лечении.

9. В случаях недостатков в оказании медицинской помощи необходимо установить возможность спасения жизни при правильном лечении.

10. Если экспертиза проводится по делу о правильности действий медицинских работников в отношении живых лиц, то вопросы о причине смерти и о возможности предотвратить ее отпадают. В этих случаях после решения вопросов о правильности медицинской помощи и о последствиях неправильного лечения определяется состояние здоровья (или трудоспособность) больного в настоящее время и возможность выздоровления без дефектов при условии правильного лечения.

11. Остальные вопросы, поставленные перед экспертами, разрешаются в конце заключения или, в зависимости от их содержания, попутно с ответами на некоторые из перечисленных выше вопросов.

В сжатом виде эта схема выглядит так:

1. Характер заболевания, повреждения.
2. Правильность и своевременность диагностики.

3. Возможность правильной диагностики, полнота обследования.

4. Правильность лечения.

5. Последствия неправильного лечения.

6. Причина смерти.

7. Возможность спасения жизни.

При выяснении правильности действий медицинских работников в отношении живых лиц первые пять пунктов сохраняются без изменений, а дальше должно быть выяснено следующее:

6. Состояние здоровья (или трудоспособность) в настоящее время.

7. Возможность выздоровления без дефектов.

Приведенный порядок ответов представляет собой лишь схему, которой удобно придерживаться при составлении заключения. В зависимости от особенностей каждого конкретного случая может оказаться целесообразным изменение последовательности ответов.

Предлагаемая схема ни в коей мере не сковывает инициативу экспертов, не ограничивает их рамками только указанных, обычно встречающихся вопросов. Вместе с тем при таком способе составления заключения устраняются повторения, освещаются основные вопросы, интересующие следствие, каждый экспертный вывод в той или иной степени опирается на предыдущие, предусмотрены обязательность обоснования ответов и способы аргументации их. Таким образом, заключение, составленное по рекомендуемой схеме, основанной на принципе логической последовательности экспертных выводов, лишено основных недостатков, присущих заключениям, построенным по типу «вопрос—ответ».

Составление такого заключения не более сложно, чем составление заключения в форме изолированных ответов на каждый поставленный вопрос.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судебно-медицинские экспертизы по делам о правильности действий медицинских работников относятся к числу особенно сложных и производятся, как правило, комиссионно с участием наиболее квалифицированных специалистов. Тем не менее проведенное нами изучение экспертных заключений по названным делам показывает, что в них нередко не соблюдаются положения формальной логики. Эти нарушения могут проявляться как в форме игнорирования определенных требований логики, так и в форме нелогично построенных заключений.

К недостаткам первого рода относятся нарушения требований четырех основных законов логики (тождества, непротиворечия, исключенного третьего и достаточного основания) и нарушения правил доказательства, что влечет за собой разнообразные логические ошибки: «подмена тезиса», «довод к человеку», «чрезмерное доказательство», «основное заблуждение», «предвосхищение основания», «круг в доказательстве», «после этого, следовательно, по причине этого» и др.

Пренебрежение правилами логики приводит к необоснованным, сомнительным или явно неверным выводам. А ошибка в экспертном заключении может повлечь за собой следственную или судебную ошибку, может стать причиной необоснованного привлечения медицинских работников к уголовной ответственности.

Для предупреждения в будущем экспертных ошибок такого характера имеется только один путь: необходимо, чтобы судебные медики и врачи других специальностей, принимающие участие в работе судебно-медицинских экспертных комиссий, были знакомы с основами формальной логики. Очевидно, в программу подготовки врачей целесообразно ввести изучение курса логики.

Недостатки второго рода обусловлены неудачной композицией заключений. Даже при формальной правильности ответов заключение в целом может быть построено крайне нелогично, бессвязано, бессистемно, что резко снижает доказательственную ценность экспертных выводов. Научно обоснованные рекомендации по составлению заключений в случаях судебно-медицинской экспертизы правильности действий медицинских работников

отсутствуют. На практике это приводит к тому, что в подавляющем большинстве случаев экспертные заключения пишутся по типу «вопрос—ответ», т. е. они представляют собой отдельные ответы на поставленные вопросы, излагаемые в той же последовательности, в какой расположены вопросы.

При таком способе построения заключений в них нередко встречаются серьезные недостатки: отсутствуют стройность и цельность заключения; отдельные экспертные выводы не связаны между собой, что затрудняет их аргументацию; в ответах встречаются повторения и даже противоречия; иногда не находят отражения важные для следствия вопросы, если они прямо перед экспертами не поставлены; не всегда правильно уясняется смысл вопросов, что приводит к неполноценным ответам.

Эти недостатки могут быть устранены, если при составлении заключения придерживаться определенной схемы, предусматривающей не случайную, а логически оправданную последовательность ответов. Исходя из характера вопросов, требующих выяснения при судебно-медицинской экспертизе правильности действий медицинских работников, можно рекомендовать следующую примерную последовательность ответов в заключении:

1. Характер заболевания, повреждения.
2. Правильность и своевременность диагностики.
3. Возможность правильной диагностики, полнота обследования.
4. Правильность лечения.
5. Последствия неправильного лечения.
6. Причина смерти.
7. Возможность спасения жизни.

Если исследуется правильность действий медицинских работников в отношении живых лиц, то после решения вопросов о лечении должны быть установлены состояние здоровья (или трудоспособность) в настоящее время и возможность выздоровления без дефектов.

Таким образом, знание логики позволяет не только избегать логических ошибок, но и дает возможность придавать экспертным заключениям понятную, убедительную и доказательную форму. Следовательно, в овладении логикой кроется один из неиспользуемых пока резервов повышения качества судебно-медицинских экспертиз.

## ЛИТЕРАТУРА

*Ленин В. И.* Философские тетради. Сочинения. Изд. 5-е, т. 29.
*Энгельс Ф.* Анти-Дюринг. М., Политиздат, 1970.
*Авдеев М. И.* Курс судебной медицины. М., 1959.
*Авдеев М. И.* Составление заключений о степени тяжести телесных повреждений с неопределившимся исходом. Тр. Ленинградск. ГИДУВ. Вып. 29. Л., 1962, с. 21.
*Авдеев М. И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М., 1968.
*Асмус В. Ф.* Логика. М., Госполитиздат, 1947.
*Асмус В. Ф.* Учение логики о доказательстве и опровержении. М., Госполитиздат, 1954.
*Бабаянц М. С.* Закон исключенного третьего. М., «Высш. школа», 1962.
*Бердичевский Ю. Ф.* Основные вопросы расследования преступных нарушений медицинским персоналом профессиональных обязанностей. Автореф. дисс. канд. М., 1966.
*Билибин А. Ф.* Учебник инфекционных болезней. М., 1962.
*Блинов Н. И., Гомзяков Г. А.* Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости. Л., 1962.
*Боголепов Л.* Законы и правила мышления и общая врачебная методология. М., 1899.
*Брауде И. Л., Персианинов Л. С.* Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. М., 1962.
*Велишева Л. С.* Судебно-медицинская экспертиза при выявлении дефектов оказания медицинской помощи детям. Вопросы травматологии, токсикологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике. Вып. 3. М., 1966, с. 253.
*Вермель И. Г.* Логические ошибки в судебно-медицинских заключениях. В кн.: Материалы 1-й науч. конф. Тернопольс. отд. УкрНОСМиК. Тернополь, 1965, с. 21.
*Вермель И. Г.* О нарушениях основных законов логики в судебно-медицинских заключениях. В сб.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Вып. 4. Ставрополь н/К, с. 77.
*Вермель И. Г.* О логических ошибках в судебно-медицинских заключениях. Судебно-медицинская экспертиза, 1967, 1, 26.
*Виноградов С. Н., Кузьмин А. Ф.* Логика. М., 1954.
*Вовси М. С.* Клинические лекции. М., 1961.
*Воскобойников В. И.* К вопросу о составлении заключения к судебно-медицинскому протоколу вскрытия трупа. В кн.: Сб. научных работ кафедры судебной медицины Ростовск. мед. ин-та. Ростов-на-Дону, 1959, с. 225.

*Гиляревский С. А.* О диагностике. М., 1953.
*Гиляревский С. А., Тарасов К. Е.* Логика клинического мышления. «Медицинская газета», 2/XII 1966, № 97 (2572).
*Гитман Г. И.* О гносеологических и логических основах врачебных ошибок. В кн.: Материалы V Украинск. совещ. судебно-медицинских экспертов и IV сессии УкрНОСМиК. Херсон, 1967, с. 377.
*Гореватый Н. М.* Подготовка и проведение судебного следствия. М., 1955.
*Гуревич Н. И.* Острые хирургические заболевания брюшной полости. М., 1949.
*Дынкина И. З.* Обоснование выводов — обязательное требование при составлении судебно-медицинского заключения. Тр. Ленинградск. ГИДУВ. Вып. 50. Л., 1967, с. 11.
*Законов А. И.* Танатологический принцип построения заключения о причине смерти. В кн.: Вопросы судебно-медицинской экспертизы и криминалистики. Горький, 1959, с. 254.
*Касьянов М. И.* Судебно-медицинская экспертиза в случаях скоропостижной смерти. М., 1956.
*Кириллов В. И., Зыков П. Г., Старченко А. А., Чураков Ю. Д.* Логика. М., «Высшая школа», 1964.
*Кондаков Н. И.* Логика. М., 1954.
*Косоротов Д. П.* Основные правила составления судебно-медицинских актов о вскрытиях мертвых тел. СПб., 1900.
*Медведев Н.* Умозаключения и аналогия. «Медицинская газета», 4/VI 1963, № 45 (2208).
*Михайлов Ф.* Гипотеза — разведчик науки. «Медицинская газета», 6/IX 1963, № 72 (2235).
*Наместников Л. Н.* О судебно-медицинском заключении в случаях скоропостижной смерти. В кн.: Материалы 1-й научн. конф. Тернопольского отделения УкрНОСМиК. Тернополь, 1965, с. 18.
*Напалков П. Н., Смирнов А. В., Шрайбер М. Г.* Хирургические болезни. Л., 1961.
Отделение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда СССР от 22 апреля 1965 г. по делу Серопяна О. Е. Бюлл. Верховного Суда СССР, 1965, 5, 37.
*Осипов И. Н., Копнин П. В.* Основные вопросы теории диагноза. Томск, 1962.
Ошибки, опасности и осложнения в хирургии. Под ред. Н. И. Блинова. Л., 1965.
*Поркшеян О. Х.* Экспертное заключение и необходимость его обоснования. В сб.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Вып. 5. Ставрополь, 1967, 325.
*Пороховщиков П. С.* (П. Сергеич). Искусство речи на суде. М., 1960.
*Прокопьев Н. Н.* Краткие основы неотложной хирургической диагностики. Л., 1953.
*Райский М. И.* Судебная медицина. М., 1953.
*Рейнберг Г. А.* Методика диагноза. М., 1951.
*Рудницкий Н. М.* О недисциплинированном научно-медицинском мышлении. Клин. мед., 1924, 11—12, 429; 1927, 13—14, 726.
*Руфанов И. Г.* Общая хирургия. М., 1953.
*Смусин Я. С.* Анализ судебно-медицинских экспертиз по делам об уголовной ответственности лиц медицинского персонала за профессиональные правонарушения. В кн.: Сб. научных работ Челябинского общества судебных медиков. Челябинск, 1963, с. 13.

*Смышляева А., Осипов А.* Гипотеза в диагностическом процессе. «Медицинская газета», 6/IX 1966, № 72 (2547).

*Строгович М. С.* Материальная истина и судебные доказательства в советском уголовном процессе. М., 1955.

*Стручков В. И.* Очерки по общей и неотложной хирургии. М., 1959.

*Тарасов К. Е.* О гносеологической и логической характеристике диагностических ошибок. Философские вопросы медицины. М., 1962, 116.

*Тарасов К. Е.* О формально-логической основе диагностики. В кн.: Методологические проблемы диагностики. М., 1965, с. 123.

*Тарасов К. Е., Виноградский А. Б., Смоленский В. С.* Дедуктивные умозаключения в диагностике. В кн.: Методологические проблемы диагностики. М., 1965, с. 174.

*Тарасов К. Е., Клименко Г. А., Попова Е. А.* Относительно логической правильности диагностических суждений. В кн.: Методологические проблемы диагностики. М., 1965, с. 164.

*Тарасов К. Е., Сучков А. В., Даниляк И. Г.* Значение законов формальной логики для врачебного мышления. В кн.: Методологические проблемы диагностики. М., 1965, с. 150.

*Тумановский М. Н.* Коронарная недостаточность (грудная жаба и инфаркт миокарда). М., 1959.

*Федорович Д. П.* Острая кишечная непроходимость и ее лечение. М., 1954.

*Целищев В. И.* Вопросы логической связи диагноза и прогноза в медицине. Тр. Калининск. мед. ин-та. Вып. 8. Калинин, 1962, с. 5.

*Чкнаверянц А. А.* Закон тождества (историко-логический очерк). М., «Высшая школа», 1961.

*Шейко А. Н.* Правила логического доказательства. Киев, 1956.

*Шупик Ю. П.* Некоторые положения закона тождества в судебно-медицинской экспертизе. В кн.: Материалы 1-й научн. конф. Тернопольск. отд. УкрНОСМиК. Тернополь, 1965, с. 14.

*Эдель Ю. П.* О причинах оставления инородных тел в ране при операциях. Хирургия, 1956, 6, 76.

*Эдель Ю. П.* Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале). Автореф. канд. дисс. Харьков, 1957.

## СОДЕРЖАНИЕ




*ВЕРМЕЛЬ ИЗРАИЛЬ ГАМШЕЕВИЧ*

**Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях**

Редактор *Б. С. Свадковский*

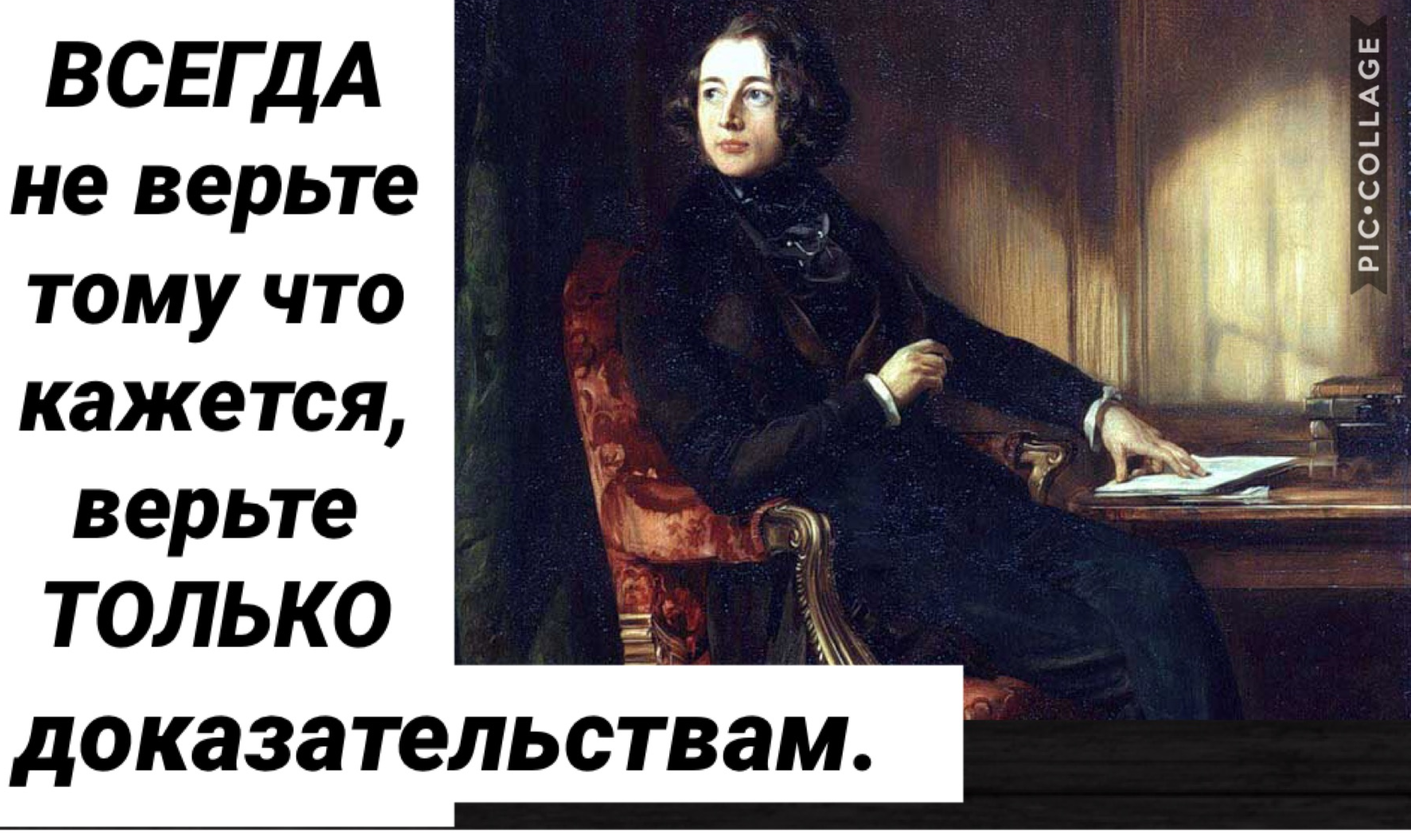
Художественный редактор *Л. Д. Бирюкова.* Корректор *Т. И. Антонова.*
Техн. редактор *Т. В. Яковлева.* Обложка художника *А. Э. Казаченко.*

Сдано в набор 4/IX 1973 г. Подписано к печати 10/XII 1973 г. Формат бумаги 84×108/32. Печ. л. 2,0 (условных 3,36 л.), 3,79 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 4000 экз. Т—17959. МН-73.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.
Типография издательства «Волгоградская правда». Волгоград. Привокзальная площадь. Заказ 288. Цена 39 коп.

10

39 коп.




Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.